



Instituto Médico “Sucre”

VOL. 35 BOLIVIA-SUCRE, OCTUBRE DE 1939. Nº 69-70



La digitalización de este número de la revista es el producto de la investigación doctoral llevada a cabo por el candidato a doctor, Javier Andrés Claros Chavarría, con financiamiento otorgado por la Dirección General de Investigación de la Universidad Andrés Bello de Chile. Durante este proceso, colaboraron dos instituciones: el Instituto Médico “Sucre”, propietario de las revistas, y la Fundación Flavio Machicado Viscarra, responsable de la digitalización.

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

DIRECCION:

Instituto Médico «Sucre», - Sucre, Bolivia
Calle San Alberto, N.º 8.

COMITE DE REDACCION

Drs. Aniceto Solares, Julio C. Fortún, Medardo Navarro y José Aguirre.

SUMARIO

	Página.
Memoria del Presidente del Instituto.— <i>Dr. Manuel Cuéllar.</i>	1
Algunas pasiones y vicios de la mujer contemporánea.— <i>Dr. Clovis Urioste A.</i>	11
El tratamiento por la glucosa-insulina en la acidosis no diabética, los vómitos incoercibles del embarazo y el shock.— <i>Dr. Enrique Loup B.</i>	25
De la prensa médica extranjera.—Extractos.— <i>Dr. En- rique Loup B.</i>	40
Riñón en herradura.— <i>Drs. Julio C. Fortún y Franz Wenger.</i>	49
El mico-mico, la araña venenosa de Bolivia.— <i>Profesor J. Vellard</i> , (traducción autorizada).	55
La página del Dr. Jaime Mendoza.—Discursos y artícu- los necrológicos...	66
Crónica	84

SUCRE—BOLIVIA

EDITORIAL "CHARCAS"—SUCRE

REVISTA DEL INSTITUTO MEDICO «SUCRE»

DIRECCION:

Instituto Médico «Sucre», - Sucre, Bolivia - Calle
San Alberto, N.º. 8.

COMITE DE REDACCION

Drs. Aniceto Solares, Julio C. Fortún, Medardo Navarro y José Aguirre.

SUMARIO

	Página.
Memoria del Presidente del Instituto.— <i>Dr. Manuel Cuéllar.</i>	1
Algunas pasiones y vicios de la mujer contemporánea.— <i>Dr. Clovis Urioste A.</i>	11
El tratamiento por la glucosa-insulina en la acidosis no diabética, los vómitos incoercibles del embarazo y el shock.— <i>Dr. Enrique Loup B.</i>	25
De la prensa médica extranjera.—Extractos.— <i>Dr. En- rique Loup B.</i>	40
Riñón en herradura.— <i>Drs. Julio C. Fortún y Franz Wenger.</i>	49
El mico-mico, la araña venenosa de Bolivia.— <i>Profesor J. Vellard</i> , (traducción autorizada).	55
La página del Dr. Jaime Mendoza.—Discursos y artícu- los necrológicos...	66
Crónica	84

SUCRE—BOLIVIA

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Año XXXVI || Sucre, Octubre de 1939 || N°. 69

Memoria del Presidente del Instituto Médico "Sucre", Dr. Manuel Cuéllar, leída en la sesión pública anual, el 3 de Marzo de 1939.

Señores:

Después de varios años, y cuando ya me creía eximido de tomar parte activa en la marcha de nuestra Sociedad, he vuelto a aceptar la presidencia de ella a solicitud de mis colegas, que creyeron necesaria mi presencia en ese puesto, para reorganizar el Instituto que desde años atrás había decaído en sus actividades, tanto a causa de la pasada guerra del Chaco, como por otros motivos.

Esta es la razón por la cual, no obstante mi edad ya avanzada, he aceptado dirigir la tarea, contando con el entusiasmo de mis consocios.

De acuerdo con una prescripción reglamentaria, paso a daros cuenta de las labores de nuestra sociedad en los meses que he ocupado su presidencia. Un acontecimiento inesperado y profundamente doloroso—la muerte de nuestro ilustre colega, Dr. Jaime Mendoza, acaecida hace

poco—dió motivo a que, por resolución social, nuestra sesión pública anual, que debía realizarse el 3 de Febrero, fuera aplazada hasta esta fecha en señal de duelo.

SESIONES

En el año transcurrido, nuestras sesiones ordinarias tomaron un carácter más práctico que en otros, y más adaptado al temperamento de una sociedad científica como la nuestra.

Por un error de concepto, anteriormente se había resuelto que en las sesiones ordinarias los socios diesen conferencias sobre temas de su elección, y, naturalmente, rarísima vez se relacionaban ellas con trabajos originales. Nuestros estatutos prescriben, en efecto, que los socios hagan disertaciones de vulgarización científica para el público, especialmente en esta sesión; pero eso no reza para nuestras sesiones ordinarias, a las que sólo concurren los miembros del Instituto.

En el curso del año transcurrido, nuestras sesiones ordinarias dieron lugar a que se tocasen temas de verdadero interés. En fecha 13 de febrero de 1938, el eminente higienista Dr. Daniel, autor de la monumental obra «Arts et Techniques de la Santé», me dirigió en mi calidad de delegado general de la U. M. F. I. A. (Unión Médica Latina) en Bolivia, que tiene su asiento en París y es la sociedad médica internacional más importante del mundo, la siguiente comunicación, que traduzco del francés y leo «in extenso» por el interés que ella despertará en el cuerpo médico boliviano. Dice así:

Marsella, 13 de febrero de 1938.—Señor profesor Dr. Cuéllar, Delegado General de la UMFIA (Unión Médica Latina).—Sucre, Bolivia.—Señor delegado y honorable maestro: He tenido el honor de ser calurosamente recomendado a Ud. en su calidad de amigo de Francia y Delegado General de la UMFIA, por el eminente Secretario General de la UNION MEDICA LATINA, Dr. Raymond Molinary.—Sin duda habrá recibido Ud. la carta que a

nombre del Consejo de Administración de la UMFIA le dirigió el citado Dr. Molinery en fecha 25 de diciembre de 1937, presentándome a Ud en términos corteses, y haciéndole conocer el entusiasmo que me anima por extender en tierra amiga los principios de Higiene y Urbanismo que he obtenido a la sazón de largos y pacientes trabajos practicados en colaboración con mi hermano, el Dr. Gastón Daniel, cirujano y fisioterapeuta. Permítanos dirigirnos a Ud. con nuestro cordial homenaje, así como a sus colegas de la UMFIA boliviana, presentándoles nuestra reciente obra en dos tomos ilustrados «Artes y técnicas de la salud», editada en 1937.—Yo creo que en la lectura de nuestra obra encontrará Ud. algunos extractos de análisis y apreciaciones de médicos, prácticos, biólogos, higienistas, urbanistas, sociólogos y naturistas, que inciten a Ud., señor Delegado General y a sus distinguidos colegas bolivianos, a hacer conocer al cuerpo médico y sanitario de Bolivia nuestras concepciones particulares sobre la Higiene y la Medicina, contempladas desde un ángulo diferente del clásico.—Esperamos que las aprobaciones, críticas, objeciones y refutaciones que nacerán de nuestro contacto con la élite médica boliviana, nos permitan recibir, a nuestro turno, una preciosa enseñanza para nuestros trabajos ulteriores, creando nuevas líneas de estimación y amistad entre nuestros países.—De todo esto, señor Delegado General y Honorable Maestro, reciba nuestros agradecimientos muy sinceros por adelantado.—Me permito solicitar de Ud y de sus colegas de Bolivia, algunos datos precisos, que considero absolutamente necesarios para la prosecución de los trabajos en curso:—1°. Podría Ud. tener la bondad de hacerme proporcionar por un eminente cancerólogo de entre sus amigos, datos exactos, y con los mayores detalles posibles, sobre **ESTADISTICA DEL PROBLEMA DEL CANCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS EN BOLIVIA?**—2°. Estaré muy satisfecho si a Ud. le fuera posible satisfacer el cuestionario del cuadro adjunto. Para las preguntas en las cuales se hiciese difícil dar una respuesta pueden dirigírseme consultas. Los trabajos efectuados sobre estadística del cáncer pueden ve-

nir, en lenguas francesa, italiana, inglesa, alemana, o en la vuestra propia (de preferencia trabajos originales o traducciones integrales, si han sido ya hechos).—Netamente, ¿cuáles son las conclusiones bolivianas sobre los puntos siguientes: a) Frecuencia diferenciada de las enfermedades cancerosas y de las muertes debidas a las mismas, según las razas (autóctonos o extranjeros inmigrantes)? b) ¿Cuál es la localización diferenciada de los tumores, según la raza?—c) ¿Cuál es la frecuencia de las localizaciones sobre la laringe en los fumadores y en los choferes?—3°. ¿Qué curso se ha dado a la proposición del Dr. Juan L. Basso (Congreso Médico de Montevideo) en favor de la fundación de una Liga Latino-Americana para la Lucha Social contra el Cáncer?—4°. Su Excelencia el señor Ministro de Salubridad Pública de Bolivia o el señor Director de Salubridad, ¿podrían hacerme conocer toda la documentación reglamentaria y práctica (leyes, decretos y reglamentos derogados o vigentes) concernientes al CASILLERO SANITARIO DE LOS INMUEBLES INSALUBRES, esos que llaman los italianos CASELLARO ECOGRAFICO E TECNOGRAFICO MUNICIPALE PER LA VIGILANZA HIGIENICO-EDILIZIA DELLA GRANDI CITTA?—5°. ¿Cuáles son las ciudades de Bolivia, o los servicios de higiene, que tienen hoy día tal Casillero Sanitario?—Me complacerá recibir de esos servicios las fórmulas impresas de los Casilleros Sanitarios, así como eventualmente, un estudio sobre las características locales, en relación con los datos de los Casilleros: islotes de tuberculosis, casas o zonas de cáncer, cuarteles insalubres con coeficientes de mortalidad.—Seré feliz, recibiendo asimismo, un trabajo sobre mortalidad y morbilidad en relación con los inmuebles insalubres, si alguno de esa clase hubiese sido hecho en Bolivia.—En fin, yo tendré el honor de enseñar la nueva técnica, imaginada por mi hermano, para curar SIN INTERVERCIÓN QUIRURGICA todas las afecciones inflamatorias. Será deber de todo médico «conservador» conocer estas conclusiones de la más grande importancia para el cirujano y el especialista.—Pongo final a esta ya larga carta, en la que he abusado de su paciencia. Ud. reciba,

señor Delegado General y Honorable Maestro, el homenaje de nuestra muy distinguida consideración y de nuestra amistad latina.—Fdo. Alberto Daniel, higienista.

Tal es el interrogatorio al que nos será difícil responder en todas sus partes, por la carencia de un organismo técnico que, en Bolivia, centralice los datos pedidos, cuya importancia no es menester recomendar, pues si bien la tuberculosis (la Peste blanca), ha sido hasta estos últimos tiempos la enfermedad que ha producido mayor letalidad en el mundo y ha preocupado más a médicos y gobernantes, ella actualmente se encuentra en pleno decrecimiento en los países civilizados, gracias a las medidas empleadas para combatirla, pero, en cambio, el cáncer, que por contraposición a la primera, podríamos llamar la «peste negra», aumenta de una manera pavorosa y se presenta como una terrible amenaza para la humanidad.

Por esta razón, el Instituto ha resuelto tomar a su cargo el tema recomendado por el Dr. Daniel, y además, por el prestigio mismo de nuestro país que, desgraciadamente, figura tan poco en el movimiento científico mundial.

Actualmente este asunto lo tenemos en estudio. Por desdicha, carecemos en Bolivia no sólo de los organismos a que se refiere el Dr. Daniel, sino también de estadísticas siquiera parciales a las que pudiéramos atenernos, y la misma Dirección General de Sanidad Pública, a la que nos dirigimos con insistencia, no ha podido suministrarlos los datos que le pedimos, de manera que la estadística general tendremos que confeccionarla nosotros mismos,—tarea difícil—, tomando los datos ya en los hospitales, ya en otros servicios sanitarios públicos, y sobre todo, entre los médicos que ejercen en las grandes ciudades, en las provincias y aun en el campo, pues hay colegas de grande y larga experiencia que creen que el cáncer es muchísimo más raro en la raza indígena que en la blanca y mestiza, circunstancia que, a ser debidamente comprobada, tendría la mayor importancia, pues de

ella se podrían sacar conclusiones interesantes para la etiología, tan obscura aún, de esta grave dolencia. Carecemos, igualmente, de los casilleros sanitarios a que se refiere el Dr. Daniel, y que son tan importantes desde el punto de vista higiénico.

Llamamos la atención de nuestros colegas de toda la República, sobre el cuestionario que acabamos de leer, y pedimos su colaboración para que todos ellos nos proporcionen los resultados de su experiencia, aun en los lugares más apartados del país.

Otro punto de gran importancia, que tenemos en estudio, es el de la tuberculosis en Bolivia, y, especialmente, en la ciudad de Sucre.

Hasta hace poco, la peste blanca era considerada, por la mayor parte de los médicos, como una enfermedad relativamente rara en el país; pero la guerra del Chaco, con sus desastrosas consecuencias, ha modificado ese criterio hasta el punto de que hay profesionales que creen que en todo Bolivia, y particularmente en Sucre, se ha desarrollado una verdadera epidemia de bacilosis, que nos colocaría en el rango de los pueblos más tuberculizados del mundo, lo que a nuestro juicio es una verdadera exageración. Sin embargo, es indispensable hacer un estudio concienzudo de la situación, tomando en cuenta el desarrollo de la enfermedad en la población civil, apartando a los enfermos que han llegado del Chaco y se encuentran ya sea libres, ya reclusos en los Hospitales Militares, y que aumentan el porcentaje de letalidad en proporciones considerables a primera vista, aunque están lejos de expresar la realidad, pues el elemento civil que no ha abandonado su domicilio, se encuentra mucho menos afectado. En todo caso, este asunto vale la pena de ser estudiado en todas sus fases, y el Instituto continuará en sus investigaciones hasta completarlas,

LABORATORIOS

Como consecuencia del decaimiento del Instituto en estos últimos años, nuestro material científico ha sufrido

grandes deterioros, y algunas secciones han desaparecido casi por completo, por ejemplo el magnífico material de nuestro observatorio meteorológico que con tanto éxito y regularidad había funcionado durante muchísimos años. Igual suerte han corrido: el laboratorio de Química, la Sección de Electroterapia y Rayos X, y el mismo Museo de Historia Natural se encuentra muy deteriorado, así como, en gran parte, el de Anatomía Normal y Patológica.

Nuestro laboratorio de Bacteriología está en regulares condiciones. Lo tenemos prestado a la Facultad de Medicina.

Nuestro propósito, en la actualidad, es el de reconstruir en lo posible todo lo perdido y deteriorado. Para esto se ha empezado a levantar un inventario prolijo de las existencias actuales. En el curso del presente año, pienso que podremos rehabilitar algunas secciones.

SECCION VACUNA

Esta sección—la más importante de todas—sigue funcionando con la regularidad de costumbre, y como el Ministro de Higiene y Salubridad ha pedido un aumento de nuestra producción, nos vemos obligados a ensancharla considerablemente y renovar su material, ya algo envejecido. El informe del jefe de esta sección, es el siguiente:

RESUMEN DE LAS REMISIONES DE VACUNA ANTIVARIOLOSA DE LA OFICINA DEL INSTITUTO MEDICO «SUCRE».—Durante el año 1938: Departamento de Chuquisaca, 1,883 ampollas, suficientes para 37,660 personas.—Departamento de La Paz, 2,231 ampollas, suficientes para 44,620 personas.—Departamento de Potosí, 1,795 ampollas, suficientes para 35,900 personas.—Departamento de Cochabamba, 1,630 ampollas, suficientes para 32,600 personas.—Departamento de Santa Cruz, 1,455 ampollas, suficientes para 29,100 personas.—Departamento de Oruro, 978 ampollas, suficientes para 19,560 personas.—Departamento del Beni, 315 ampollas, suficientes para

6,300 personas.—Departamento de Tarija, 150 ampollas, suficientes para 3,000 personas.—Total: 10,437 ampollas, suficientes para 208,740 personas.

BIBLIOTECA

Ha aumentado con algunas obras, y especialmente revistas, que se han recibido en gran número. Actualmente se hace un inventario prolijo y una nueva catalogación, así como se recogen muchos libros que aún no habían sido devueltos.

REVISTA

Han aparecido durante el año los números 67 y 68 de la Revista. La larga enfermedad de su Director, Dr. Mendoza, ha impedido la aparición de más números.

EDIFICIO

Nuestro edificio propio ha sido convenientemente reparado en el curso del año transcurrido. Consecuentes con nuestro propósito de colaborar con todos nuestros recursos a la Facultad de Medicina, se ha hecho un trabajo considerable para habilitar un local destinado a la instalación del nuevo Laboratorio de Fisiología de dicho plantel universitario.

SOCIOS FALLECIDOS

En el curso del año que termina, hemos tenido que lamentar la desaparición de tres de nuestros más prestigiosos consocios.

El Dr. José Cupertino Arteaga, fallecido en París en marzo de 1938, fué miembro fundador del Instituto y nos había prestado en esa época inicial, la más dura de nuestra vida, una colaboración activa. El Instituto, en sesión solemne, le hizo los honores póstumos y la

biografía de este distinguido colega se publicó en nuestra Revista.

El Dr. Manuel Gerardo Pareja, fallecido en el mes de junio, fué también objeto de los honores póstumos que merecidamente el Instituto le acordó como a su consocio y ex-Vicepresidente.

Hace poco hemos conducido a su última morada a nuestro ilustre compañero el Dr. Jaime Mendoza, cuya alta figura, a su muerte, ha sido apreciada en su justo valor por la nación entera. No sólo fué un médico distinguido, un gran corazón y un gran patriota, sino también uno de los más notables escritores sudamericanos. Su muerte, personalmente, me ha afectado mucho, pues el Dr. Mendoza fué uno de mis primeros y más queridos discípulos. Deja entre nosotros un vacío difícil de llenar.

NUEVOS SOCIOS

Han sido incorporados en calidad de socios de número, los distinguidos médicos bolivianos Dr. Enrique St. Loup B., primero, y últimamente, el Dr. José Aguirre T. Igualmente, en calidad de socio correspondiente nacional, se ha extendido el título respectivo al Dr. Juan Ml. Balcázar, distinguido médico residente en La Paz, con el que desde tiempo atrás hemos mantenido relaciones, y esperamos que ahora, más que nunca, nos seguirá prestando su entusiasta colaboración.

En medio de diversas peripecias, después de un período de auge, aunque decaído en estos últimos años, el Instituto Médico «Sucre» ha seguido viviendo. Hoy conmemoramos sus 44 años de vida. Es, por consiguiente, la sociedad médica más antigua de Bolivia y la única, hasta ahora, que haya tenido una vida relativamente larga.

De esperar es que los nuevos socios presentados, que pronto entrarán en funciones, contribuyan a dar

un nuevo impulso a nuestra sociedad, que llegó a adquirir tan merecido prestigio, y que tiene prestados importantes servicios al país.

No debo terminar estas palabras sin evocar la memoria del Gran Mariscal de Ayacucho, Antonio José de Sucre, bajo cuya égida protectora se inauguró esta sociedad que lleva su nombre.

Sucre, 3 de marzo de 1939.



ALGUNAS PASIONES Y VICIOS DE LA MUJER CONTEMPORANEA.

Cumpliendo un mandato de los estatutos que rigen nuestra institución, me ha tocado la honra de tomar la palabra sobre un tema de vulgarización científica, cuyo propósito no es otro que el de dar un alerta a la sociedad toda, para detener una avalancha que amenaza sumirla en el desprestigio, degeneración y anarquía. Me refiero, señores, a la práctica inconsulta de la mujer contemporánea, de ciertas pasiones y vicios, que en apariencia son pueriles, pero que en el fondo dejan huellas imprecderas capaces de destruir su edificio deleznable. Solo me ocuparé de las pasiones y vicios más vulgares, que siendo antaño de dominio tarado del hombre, hoy corroen la fragil como delicada constitución psico-física de la mujer, la más bella criatura de la creación.

Sólo me referiré en esta sencilla charla al tipo de la sociabilidad actual femenina: el alcohol, el tabaco y el juego, dejando de lado las toxicomanías y otros vicios que, por suerte, aún no han hollado nuestra sociedad.

Difícil es definir lo que es una pasión, pero, podemos explicarla diciendo que es el sufrimiento causado por las emociones: éstas pueden ser extrínsecas, si se refieren al mundo exterior, o intrínsecas si están engendradas en nuestro interior; con relación a élla, el hombre desempeña un papel activo cuando interviene con su voluntad, o pasivo, cuando obra a impulsos de una fuerza que lo subyuga automatizándose como un instrumento obediente a una energía; la pasión divorcia la razón de la lógica y en su paroxismo ciega al instinto, creando en el hombre un estado patológico, una ansiedad incolmable del espíritu y sentidos del poseído, siendo un extravío de la conciencia y un estímulo de los sentidos.

Las pasiones son buenas o malas desde el punto de vista social, según que ellas lastiman o benefician sus intereses; el amor, la pintura, la música, la poesía, los sports, crean pasiones nobles; el tabaco, el juego, el alcohol y las toxicomanías, crean pasiones innobles y degeneran la humanidad física y espiritualmente. Para Rousseau «todas las pasiones son buenas, cuando uno es dueño de ellas; y todas son malas, cuando nos esclavizan». Descuret, al comentar sobre las pasiones dice: «El animal y el párvulo obedecen inmediatamente al estímulo de la necesidad o instinto; pero el adulto no satisface generalmente aquellas necesidades sino después de haber juzgado si puede o debe satisfacerlas; cuando estas necesidades son sentidas con violencia, nos hacen obrar instantánea y ciegamente, contra nuestros deberes, nuestros intereses y voluntad—para él,—esta es la pasión, que no es más que una tiranía de la necesidad.»

El siglo XX de progresos materiales y cataclismos morales, ha traído aparejados consigo las pasiones y vicios de los anteriores; la humanidad degenerada espiritualmente, anhela la monstruosidad material, atrofiando su moral, así vemos al hombre y la mujer, que ayer, no más, formaban un bello contraste, impreso por la naturaleza misma de sus destinos, hoy llegan a analogizarse, cediendo el uno al otro sus características naturales: el hombre se afemina y la mujer se masculiniza, contrariando destinos ancestrales y, al paso que vamos, llegará un momento, señores, que se hablará del género neutro.

La mujer por snobismo o por necesidad, ha invadido las actividades masculinas; se la vé actuar en el foro, ante los tribunales de justicia, en la medicina, en los hospitales, clínicas, & en la farmacia, regentando boticas; en el parlamento, magisterio, educando hombres; en la milicia, comercio, & &, actividades que, si bien las desempeñan con eficiencia, y no pocas veces sobresaliendo, no están de acuerdo con su estructura anatómica ni con las altas funciones fisiológicas y sociales para las que fué creada.

Esta inversión de actividades, hasta cierto punto

tolerable, al fin la mujer, al actuar en estos campos, del dominio masculino, practica e imita las virtudes del hombre, pero siempre en desacuerdo con el papel que le corresponde desempeñar en la sociedad, contrariando su anatómo-fisiologismo. Mi crítica, señores, no va a hacer blanco sobre estas actividades, porque sería una injusticia poner trabas a la vida; muchas mujeres o por no decir, todas las que se vén precisadas a trabajar, para ganar su sustento o el de sus familiares, por su propio esfuerzo, ya porque son huérfanas, ora porque son viudas, o porque el esposo es haragán y chapalea en los vicios y las abandona, o tienen una madre anciana o enferma, casos muy justificables, y más aún en estos tiempos de vida motorizada y de batalla. Lo intolerable, lindante con lo patológico y catastrófico para la sociedad y la patria toda, es que la mujer imite no ya las virtudes del hombre, sino sus lacras y pasiones, perjudicando el futuro de la raza, pues ellas son hechas para forjar en sus entrañas al hombre del porvenir; a ella más que al hombre corresponde por naturaleza, la felicidad futura de la patria, ya que su alícuota parte de contribución en la fecundación humana es por cierto mayor que la del hombre, amen de que, durante la gestación, impregna en el nuevo ser, durante nueve meses, sus cualidades buenas o malas, físicas y espirituales.

Y bien, el hombre y la mujer difieren mucho anatómica y fisiologicamente y no es lógico que desempeñen funciones análogas. Dentro de la primera década de su vida experimentan ambos sexos las mismas necesidades, tienen igual ardor por sus juegos, presentando igual blandura de tejidos, igual continente, análoga agilidad de miembros, igual timbre de voz, pero, con todo, el niño difiere, siendo más vivarracho, turbulento, destructor, voluntarioso: en cambio la niña, es más delicada, más tímida y presumida. El primero, nacido para batallar en la vida, por su propio instinto, pisa fuerte blandiendo fieramente su sable, o redoblando su tambor; en cambio, la mujer por el mismo instinto, naciente de su propia estructura anatómo-fisiológica, preludia sus futuras y trascenden-

tales funciones, cuidando a sus bebés de porcelana, objeto de sus más tiernos cuidados, como si el destino señalara a cada cual sus funciones futuras.

En la pubertad, el hombre es de estructura más robusta, su piel es más áspera y velluda, y sus músculos más tensos se dibujan tras ella; su voz es grave y fuerte, en cambio, la mujer más débil e infantil, conserva la blandura de sus tejidos; su piel es más fina y transparente, aprisiona, modelando su belleza plástica, abundante tegido celular que curva sus bellas formas; en fin, estos atributos físicos no son sino el reflejo espiritual de ambos sexos; el hombre resiste más la fatiga, la mujer el dolor y es por eso que la mujer se irrita en las contrariedades pequeñas y soporta mejor que el hombre las profundas amarguras. Las pasiones en la mujer llegan al paroxismo, son más delirantes que en el hombre, por que éste obra por su cerebro, y aquella por su sistema nervioso ganglionar, bajo la influencia del sentimiento que no raciocina, siendo, por otra parte, la intrepidez, liberalidad y perseverancia atributos masculinos, que contrastan con la timidez, veleidosidad y economía femeninas. «El hombre, fiado en su fuerza, es franco, imperioso y violento; la mujer, conociendo su endebles, es curiosa, porque siempre teme; coqueta para subyugar»; se defiende con las lágrimas y ataca con sus hechizos y beldades. Si examinamos las pasiones, veremos que la más grande en el hombre es la ambición, y en la mujer el amor, sentimiento que en ella se cobija en el corazón y en él, en los sentidos. Cuando en ella hablan los sentidos, con demasiada efusión, se la vé amar con vehemencia, que pronto se extingue, y solo el amor materno en ella es imperecedero y heroico; la mujer come menos que el hombre, prefiere los alimentos vegetales, en cambio el hombre, más glotón, sacia su apetito con alimentos de preferencia animales, que le robustecen y hacen más adusto. El hombre liba las bebidas espirituosas para reanimar sus fuerzas agotadas por las fatigas; la mujer no necesita estos estimulantes, por su constitución y la índole de sus trabajos; vésele ahora no obstante, abu-

sar de ellos por hábito o snobismo, y, entonces, como en todos sus extravíos, no tarda en perder los caracteres espirituales de su sexo. Repugnante es el espectáculo de un hombre borracho, más es asqueroso el de una mujer inspirando el hastío.

Anátomo-fisiológicamente difieren, pues, el hombre de la mujer fuera de su morfología general, de la que ya nos hemos ocupado, en algo que diríamos vital, esencial: las glándulas sexuales.

Ahora bien, estos órganos no están pues solo destinados al gesto que perpetua la especie, sino que mediante las llamadas secreciones internas, intensifican todas las actividades fisiológicas, mentales, espirituales y materiales, y diremos con Alexis Carrel: «Ningún eunuco ha llegado a ser un gran criminal». Dichos órganos no solo engendran las células macho y hembra, sino que elaboran ciertas sustancias, que vertidas a la sangre y humores que circulan en nuestro organismo, dan a nuestros tejidos el sello de masculinidad o de feminidad, obrando no solo en ellos sino sobre el estado concienencial, sobre el espíritu imprimiendo el carácter, voluntad, valor, &, &, que tanto difieren entre ambos sexos. La glándula masculina crea la audacia, la brutalidad, la violencia, euclidades que distinguen, al decir de Carrel, entre el toro de lidia y el buey que arrastra a lo largo del surco el arado. La glándula femenina obra pues análogamente en la mujer, y a mayores secreciones cuantitativas mayor o menor feminidad; de allí que dentro del bello sexo encontramos toda una gama, toda una escala de tipos y actitudes, comparables en sensibilidad, y reacción a las que hay entre el delicado lirio o la sensitiva a los que bastan el ruido o la acción solar para que reaccionen o se marchiten, o el nepentes, flor cuya estructura más masculina, tiene la suficiente energía para cautivar un ratón, aún digerirlo.

La vitalidad funcional de los ovarios es temporal, llegando un momento, el de la menopausia, en que estos órganos se agotan y ponen a la mujer de cierta edad

en inferioridad frente al hombre, que sigue siendo beneficiado por las secreciones glandulares. Las diferencias entre ambos sexos son pues fundamentales, estructurales y debidas a la impregnación orgánica de sustancias químicas, específicas, secretadas por los órganos en cuestión, y solo la ignorancia de los promotores del feminismo, han dado a la mujer contemporánea, la misma educación, las mismas responsabilidades y derechos que al hombre, sin tener presente la diferencia absoluta que existe entre ambos, pues cada célula, cada tejido, cada órgano, llevan la marca del sexo, a tal extremo que podríamos hablar, sin temor de errar, de hígado, estómago, corazón, & femeninos, y si nos referimos al sistema nervioso, tendremos con mayor fuerza la razón de nuestra parte. De donde, pues, la mujer llamada a desempeñar funciones más altas y nobles que el hombre, no debería invadir sus actividades, ni meritorias ni viciosas a las del campo masculino; sus actividades deben estar de acuerdo con su estructura anatómica y fisiológica, y no imitar al macho, abandonando su misión y funciones específicas.

Ahora bien, si nos referimos a la propagación de la especie, vemos pues que la contribución de ambos sexos es desigual, siendo mayor la de la mujer, quien a más de contribuir a la formación del nuevo ser con el óvulo, lo gesta en sus entrañas prodigándole nutrición o intoxicándolo, según las circunstancias y casos, durante nueve meses. Desde el momento de la fecundación, el núcleo del óvulo, pierde la mitad de su cromosoma para unirse con la otra mitad del cromosoma del elemento masculino; ha nacido pues un ser que será humano, compuesto de una célula que, ingertada en la mucosa uterina, dá lugar al desarrollo del embrión, que durante un largo lapso de tiempo la mujer no solo lo nutre materialmente, sino espiritualmente, comunicándole, del medio en que vive, todas sus impresiones volutivas, afectivas, pasionales, emotivas, dolorosas, &, que las imprime en el nuevo ser, y cada célula, asimila con avidez cuanto capta del ambiente en que se desarrolla. Como se vé, el hombre desempeña un papel secundario, apenas actúa efímeramente, lo suficien-

te para estimular la germinación; su influencia, allí acaba, tan secundario es el papel masculino, que no debemos olvidar los experimentos biológicos de Bataillon y Jacques Loob; que de un huevo no fecundado, y sin intervención del elemento macho, obtuvieron un renacuajo, pudiendo ser substituído el espermatozoide por un elemento físico o químico; de donde se deduce que solo es esencial el elemento hembra. De este modo, pues, la mujer juega un papel más importante que el hombre en la generación y si nos seguimos refiriendo a la génesis del nuevo ser, diremos también que la mujer además de contribuir con la mitad del nucleo del óvulo que faccionó en sus entrañas, contribuye con todo el protoplasma que cobija ese núcleo, que más tarde será un nuevo ser. Hoy nadie ignora la influencia que tiene el feto en gestación sobre la madre, la que en determinados casos puede ser envenenada por sus secreciones, modificando sus condiciones fisiológicas y psíquicas durante la gestación, así como, igualmente, la madre que vive en un ambiente de pasiones y de vicios hace captar al nuevo ser toxinas y venenos que imprimen en su descendiente taras degenerativas para la posteridad.

Y bien, teniendo en cuenta la constitución orgánica y psíquica de la mujer comparada con la del hombre, el papel que a cada uno corresponde en la formación y desenvolvimiento de la sociedad, creemos, pues, que las prácticas pasionales del alcoholismo, tabaquismo y cubomanía o juego, muy en boga en nuestro medio, deberían ser proscritas, ya que, cada una de ellas trae consigo intoxicaciones, depredación moral, en una palabra, la degeneración psico-física de la especie. Veámos, pues, como obran cada una de estas pasiones sobre la salud.

Alcoholismo

La libación del alcohol, bajo cualquiera de sus formas, se llama alcoholismo, siendo este agudo o crónico según que el consumo que se haga de él sea cuoti-

diano u ocasional; el alcohol y las bebidas espirituosas que lo contienen producen en el organismo la ebriedad o la borrachera, ambos estados patológicos que turban la razón por intoxicación; la embriaguez, es un estado morboso, la borrachera al serlo es un vicio, un vicio feo y vergonzoso, que si al hombre degenera, a la mujer degrada al nivel de los brutos.

La embriaguez, según Plutarco, convive con la locura y el furor, por eso es que Alejandro el Grande, de ebrio, mató a Clito su mejor amigo. La borrachera es una locura voluntaria, hecho que deberían tener muy en cuenta los legisladores para conceptuar este estado como una agravante de los delitos que se cometen bajo su influjo. El antídoto de la ebriedad es la cotinencia; mientras los antiguos persas, macedonios y romanos fueron frugales, ejercieron poderío y conquistaron pueblos; cuando volvieron a la intemperancia se esclavizaron. He aquí un ejemplo histórico que debería aprovecharlo nuestro pueblo para sustraerse de la conquista, por razas superiores que están en nuestro asecho.

Si nos referimos a las causas del alcoholismo, veremos desde luego la influencia que tienen la edad, el sexo y la constitución; muy rara es la borrachera en la infancia, más frecuentes entre los adultos, y más común en la vejez. El hombre es más bebedor que la mujer, por el oprobio que el mundo hace sobre la mujer manchada con tal vicio. La observación demuestra que los antiguos temperamentos sanguíneo y bilioso hacían más aptos al alcoholismo. Las profesiones y la ignorancia, influyen también en su desarrollo; los trabajos duros conducen a los obreros a las libaciones; los destiladores, bodegueros, cantineros y en general los que comercian con licores, están más expuestos a adquirirlo. Entre las mujeres, se observa en la prostitución o por snobismo, en los círculos sociales junto a la cubomanía y tabaquismo, triada erróneamente conceptuada elegante en nuestros tiempos. También apuntaremos como causas, los reveses de fortuna, los despechos amorosos, la ociosidad y el mal ejemplo; entre las mujeres se nota cierta inclinación a las libaciones en los

primeros meses de la gestación, o bien cuando la menopausia comienza, por cierta depravación del gusto, y cosa singular: las mujeres que antes veían con horror las bebidas alcohólicas, se dan a ellas con furor. El alcoholismo se hereda, y una de sus manifestaciones es la dipsomanía y en grado máximo el delirium tremens.

Nada más repugnante y antiestético que la mujer alcohólica; lleva impreso en su hábito, huellas que la distinguen; tiene el rostro ajado, resquemado y cobrizo, la región nasal está marcada por el sello de la ignominia por una mariposa roja y granugienta repugnante, sus ojos tomentosos y marchitos, reflejan la estupidez, los labios gruesos y flácidos, animados de movimientos involuntarios, piel amarillo pajizo y las arrugas prematuras le dán el aspecto del pergamino estrujado. Los músculos atrofiados flácidos han perdido su tonicidad y sus bellas formas cediendo a la acción de la gravedad, desfiguran el rostro por falta de tonicidad muscular; las gesticulaciones de la mujer alcohólica son estuporosas en todas sus emociones. Sus movimientos son inciertos, sin control, temblorosos, de juicio ausente, amnésico, sus percepciones son confusas, oscuras, no puede trasuntar sus ideas. Con la cabeza baja, semejante al cerdo, no puede encarar al sol; abyecta y embrutecida, descuida su higiene, siendo, en una palabra, un ser despreciable.

Nada diré sobre la sintomatología de esta intoxicación ya que no es mi propósito hacer un estudio completo de ella, limitándome a demostrar sus consecuencias, las taras que deja entre sus poseídos y desgraciados descendientes para quienes no queda otra cosa que la fatal herencia de la dipsomanía y el estigma de «quien ha bebido beberá».

Sufren a consecuencia del alcoholismo todos los sistemas de la economía; el sistema digestivo sufre entre otros, cumpliendo a corto plazo la sentencia del gran Hipócrates, para quien: Un gran bebedor, no es un gran comedor. Se altera la nutrición llegando al marasmo y la hidropesía. El hígado se hipertrofia y se hace cirrótico, se hace insuficiente para el desempeño de sus funciones.

Las secreciones gástricas e intestinales se perturban. El aparato urinario sufre igualmente, los riñones se hacen insuficientes, la vejiga sufre inflamaciones, concretándose en ambos órganos, cálculos, debido a la concentración de las orinas en ácido úrico. En el aparato circulatorio sufren todos los órganos, desde el corazón hasta los capilares, de allí las apoplejías y muertes instantáneas de los borrachos, las muertes por infarto del corazón en los arterioesclerosos. En fin no hay sistema ni órgano que no sufra las consecuencias del alcoholismo. Las funciones genésicas se debilitan, el hombre pierde poco a poco las funciones de la generación, la mujer, sufre trastornos del moloimen y lo peor que los hijos de los alcohólicos, son más débiles, predispuestos a enajenaciones mentales, se hacen neurópatas, epilépticos, histéricos, si no han nacido ya, cretinos o idiotas. El terreno de los alcohólicos es el mejor abonado a las enfermedades venéreas, es inepto para defenderse y restituirse, así es como una herida tarda más en cicatrizarce, estas por lo general, se convierten en úlceras tórpidas de larga curación. En las enfermedades infecciosas, son delirantes hasta la enajenación. Socialmente son un peligro, llenan las cárceles, por delitos y crímenes, los manicomios, por degenerados, epilépticos, locos, delirantes, pervertidos morales, etc. etc.

Y... a todo esto aspiran, las elegantes libadoras de copetines?

Tabaquismo

Otro de los vicios que comienza a hincar sus garras en la delicada epidermis femenina es el tabaquismo; la mujer empieza a fumar por snobismo, cree en la elegancia de su práctica o por último fuma porque está de moda, lo ha visto en el biógrafo, en las revistas, o bien ha presenciado su práctica en los salones de su casa, cuando se reúnen sus amistades, a jugar bridge, se inicia por coquetería y ya cuenta con algunos adminículos más, para llenar junto al rouge, rímel, su cartera de mano; la artística pitillera, el mechero y pipa muy elegantes; tres juguetes para ellas, tres instrumentos de delito, para el mé-

dico e higienista, para quienes será una nueva preocupación en sus campañas sanitarias, como la fue, en una época no muy lejana el uso del chupete o suceta en los niños.

Y bien señores, el espiritual cigarrillo que a tantos poetas ha inspirado y muchas penas ha consolado, el mismo que se ha consumado entre los labios marchitos de una cocota, hoy brinca exaltado a los labios virginales de la que, mañana será esposa y madre y sus besos puros y perfumados, dejarán una mácula en los carrillos de su bebe, o el hastío en los labios del esposo.

No es pues tan inofensivo como aparenta serlo, el tabaco en la mujer, desde luego su constitución química nos muestra ser compleja, contiene el tabaco, entre numerosos elementos básicos y ácidos, un alcaloide descubierto por Baquelin muy tóxico, la nicotina, junto a éste y en la combustión, desprende el tabaco otros dos elementos igualmente tóxicos, el ácido prúsico y el óxido de carbono. El primero de estos, la nicotina, es tan tóxico que bastan unas gotas vertidas, en su estado de pureza, en la boca de un gato, para que le veamos sucumbir en algunos segundos; los otros elementos son harto conocidos, sobre todo el óxido de carbono que es el que provoca las asfixias y cuyo contenido es de 30 a 80 centímetros cúbicos en un cigarrillo, y de 109 c.c. en una pipa, y a esto añadiremos que los fabricantes de cigarrillos incorporan opio y otros estupefacientes; veremos, pues, que es justa la comparación que algunos hacen del cigarrillo al escorpión, lleva el veneno en la cola, conteniendo esta además una brea fluída, a la que muchos sindician la producción del cáncer en la boca.

En los laboratorios los experimentadores demuestran a diario la toxicidad del tabaco, y comprueban las lesiones que este produce en los órganos; así en el aparato vascular, han demostrado el ateroma de la aorta, ciertas organizaciones calcáreas a lo largo del referido vaso, así como han constatado, la hipertrofia del corazón, el hiperfuncionalismo de las cápsulas suprarrenales, dando lugar por este mecanismo a la hipertensión y, por

último, su influencia nociva sobre el sistema nervioso para el que tiene afinidad química.

Algunos partidarios del cigarrillo han creído encontrarle algunas virtudes sanitarias y dicen contener él, un preservativo contra los microbios; nada más incierto y ridículo; esto nos trae recuerdo a nuestras viejecitas fumadoras, que para encubrir el vicio, dicen que con el humo del tabaco cuentan los arácnidos. Los estudios hechos por los bacteriólogos, demuestran, pues, que únicamente obra el humo del tabaco sobre los piógenos, estafilococo y streptococo, teniendo una acción muy débil sobre el bacilo Leeffer y el pneumo bacilo de Friedlander, teniendo al contrario, una acción favorable para el desarrollo de la tuberculosis; en conejos inoculados de esta enfermedad y criados en una atmósfera de humo de tabaco, comprobaron que mientras estos sucumbían rápidamente por la enfermedad, los testigos sobrevivieron.

Para demostrar la toxicidad del tabaco, bástenos presentar dos casos en los que, usándolo como medio terapéutico, contra los vermes intestinales, sucumbieron. Y para concluir diremos, que el tabaco proporciona una causa coadyuvante a la arterioesclerosis, sobre todo en los neuro artríticos, en las personas que por sus preocupaciones hacen vida sedentaria y habitan en una atmósfera confinada sin ejercicios físicos, así como lo es igualmente nocivo para el aparato respiratorio, el coriza, hasta el pseudo asma; la laringe sufre también, haciéndose la voz ronca, dando a la mujer una tonalidad masculina que ha hecho confundir en alguna oportunidad la voz de una señorita con la de un coronel. De parte del aparato génito urinario, se ha observado la impotencia en el hombre y la esterilidad en la mujer.

En cuanto se refiere al aparato circulatorio, diremos que en la mujer se producen palpitaciones, angiras de pecho acompañadas de neuralgias, arritmia y claudicación intermitente, produciendo también la hipertensión arterial, la hipertrofia del corazón, la dilatación del miocardio. En el sistema nervioso provoca la amnesia y afasia transitoria, pero a la larga se comporta el tabaco co-

mo un gran veneno de las facultades psíquicas. Los órganos de los sentidos son también dañados por el efecto del tabaco. Así se vé en los ojos, la ambliopía nicotínica que se revela por el deslumbramiento, la astenopia retiniana y la discromatopsia, complicación ésta que puede traer para los marinos, aviadores, empleados de ferrocarriles, &c, trastornos que pueden dar lugar a accidentes por confusión de los colores de las señales; en el oído se vé que produce sordera y desmejora la audición en la persistente.

Cubomania o manía del juego

Y para concluir con esta sencilla charla, nos ocuparemos en pocas palabras del juego o cubomania, tan en boga en nuestros tiempos y en nuestro medio, del que podemos decir que es un abismo sin fondo ni ribera; es tan dominante la pasión del juego en la mujer contemporánea, que no en pocas casas, se ha visto apagarse el fuego sagrado del hogar: ya no se enciende la cocina, para qué?, si la ama de casa está invitada todos los días a un té brigitte y las niñas ruedan la ciudad por su cuenta y riesgo; claro, marchan al compás de los tiempos; están motorizadas, y lo peor es que ellas también juegan, y juegan más peligroso. Qué culpa tienen las pobrecitas, si les han puesto ruedas para rodar y alas para volar.

El juego es una lucha, en la que la jugadora no vé más en su semejante que una presa, de quien debe apoderarse a toda costa. Y no se diga que el juego es un medio de sociabilidad que trae la unión, no, siempre hay un perdedor y en él se engendra el odio.

La ambición de lucro, la ilusión de fáciles ganancias, el ocio, la ansiedad de emociones variadas y nuevas, crean esta enfermedad, que es una obsesión; raras veces se toma el juego como un descanso, un recreo inocente y agradable, no, por cierto; hoy se trasnocha en nuestros salones y después de largas veladas, fatigosas como emocionantes para las damas, se recogen a su hogar poseídas de esa fiebre insaciable que en muchos tem-

peramentos se traduce por un ensueño de pesado delirio, en que como en una cinta cinematográfica desfilan las cartas por la imaginación de sus cerebros febricitantes.

El juego impresiona tanto la moral, que las deudas en él adquiridas, son deudas de honor, en cambio, las del abastecimiento de la casa, esas se pagan tarde, mal o nunca.

Dicho vicio crea, pues, un estado patológico, que desequilibra el psiquismo de sus poseídos, los conducen a la práctica de todos los vicios y pasiones auxiliares: coquetines y cigarrillos; enferma el sistema nervioso, conduciéndolos al suicidio, en muchos casos; en otros a los manicomios y a los asilos, formando esa enorme falange de los derrotados de la vida.

Felizmente en nuestro medio, aún no ha echado tan hondas raíces el mal, siendo aun tiempo de conjurarlo.

Clovis Urioste A.

Sucre, 3 de Febrero de 1939.



EL TRATAMIENTO POR LA GLUCOSA-INSULINA

En la acidosis no diabética, los vómitos incoercibles del embarazo y el shock.

Dr. Enrique Loup B.

F. A. C. S.

En la sesión del 8 de marzo de 1936 del Centro de Estudios del Sindicato Médico, presenté un caso de acidosis no diabética tratado con la glucosa-insulina, y desde entonces he tenido la oportunidad de extender las bondades de tal terapéutica a los casos de vómitos incoercibles del embarazo, y aun, siguiendo el ejemplo de Fischer (Milwaukee, Wisconsin, E.E. U.U.), a los de shock post operatorio y shock en general.

Empero, al mismo tiempo he tenido también oportunidad de saber de varios ensayos hechos por algunos médicos, y que fueron seguidos de un completo fracaso, hasta el punto de infundir la desconfianza en los demás. Examinadas las cosas, pude evidenciar que no se practicó el tratamiento con la técnica debida y menos aún se lo aplicó a los casos para los que está realmente indicado. Véase como ejemplo el siguiente caso:

La Seta. R. que había ido a la estación a recibir a unos ex-prisioneros que retornaban, fué vivamente impresionada por su miserable aspecto, y apenas vuelta a su casa se sintió indispuesta y comenzó a ser atacada de náuseas y vómitos. La molestia se instaló con una persistencia desesperante y, tras algunos ensayos infructuosos de terapéutica, la operaron de apendicectomía.

Como esa intervención no diera resultado alguno, volvió a ser operada, esta vez de una gastroenteroanastomosis, nada menos. Pero, a pesar de todo, la paciente continuaba igual que antes, y fué ante tal situación que su médico me consultó para hacerle la gluco-insulino-terapia que ya había sido ensayada, pero sin método (inyecciones de 20 cc. de suero glucosado, interdiarias, alternando con 10 U. de insulina).

En presencia de la enferma y escuchando su relato de estar vomitando enteramente todo cuanto ingería desde hace dos meses y medio, no podía uno menos de sorprenderse al notar el buen estado general, el aspecto diríase de floreciente salud. El exámen acabó de convencernos que se trataba de una histérica en quien, por supuesto, nada había que esperar del tratamiento gluco-insulínico.

Es por estas consideraciones que me propongo tratar una vez más de este asunto abogando por que las bondades del tratamiento por la glucosa-insulina resulten familiares a todos los médicos, con el consiguiente beneficio para muchos pacientes, y que ojalá también gracias a la generalización de este recurso, contribuyamos a disminuir la frecuencia con que en la actualidad se acude al aborto terapéutico.

Ante todo veámos algunos casos:

- A mediados de enero de 1936, fuí llamado a ver a la Srta. H. B., de quien me decían encontrarse de suma gravedad, «desahuciada por todos los médicos que la habían visto». Se trataba de una joven de 24 años atacada de vómitos incoercibles. Un mes atrás había comenzado por sentir algunos trastornos digestivos, pesadez después de las comidas, dolores abdominales, estreñimiento y a veces diarrea. Rápidamente su estado general se afectó. Sentía anorexia y decaimiento cada vez mayor; no obstante hacía esfuerzos por ingerir alimento, pero luego aparecieron náuseas y vómitos que persistieron, aún cuando ya se abstuviera de alimentarse. En tal estado de cosas, fué vista por dos médicos que encontrando dolores en la fosa, ilíaca derecha y pulso frecuente, diagnosticaron una apendicitis y propusie-

ron la operación urgentemente, la que se llevó a cabo *con anestesia etérea*.

Contra todo lo esperado, no se presentó la mejoría después de la operación. A pesar del reposo en que mantenían el tubo digestivo, reaparecieron los vómitos, y el cuadro no sólo seguía como al principio, sino que empeoraba más. La enferma enflaquecía atrozmente. Se habló de tuberculosis. Dormía mal y la decadencia de su organismo llegó a hacer presagiar el funesto desenlace a breve plazo.

Al examen nos encontrábamos, en efecto, con una enferma en extremo grado de emaciación. Todas las salientes óseas se denotaban sólo cubiertas por la piel. Su enflaquecimiento era tal, que la columna lumbar hacía una saliente notoria a la vista, en medio del abdomen deprimido entre las aristas de la pelvis. Temperatura, 36 a 37; pulso filiforme, 140; respiración superficial, 35, por minuto. Labios y lengua, secos; tegumentos cubiertos de sudor viscoso frío. En el abdomen, algo sensible en la región pancreática, no se encontraba otra cosa que los latidos de la aorta y de las arterias ilíacas. Útero de tamaño normal. Náuseas y vómitos la atormentaban sin cesar. El más pequeño trago de agua los motivaba, y la enferma se debatía en un estado de excitación para caer luego en somnolencia. Su aliento exhalaba un débil olor a acetona.

El diagnóstico de acidosis, se nos impuso inmediatamente, y pedimos los análisis de rigor. La reserva alcalina era de 34,9. Índices de glucosa. Acetonuria, 0,50 por mil.

El 24 de enero a horas 11 a. m. procedimos al tratamiento: 500 g. de suero glucosado al 10% por vía intravenosa, y 10 U. de insulina repartidas en dos dosis al principio y al fin de la administración del suero, lo que duró una hora y media. Ningún accidente. A la tarde a las 6, nueva inyección de insulina 10 U.—La enferma había experimentado bienestar. Aquella noche durmió. Acusaba sólo sensación de calor y transpiró mucho. Un solo vómi-

to en las 24 horas. Al día siguiente había glicemia, 1,10; glicosuria, indicios; acetonuria, 0,20. Pulso, respiración, 30. Ningún vómito. Dada la glicemia, nos limitamos a la administración oral de azúcares, inyectando otras dos dosis de insulina, 5 U. cada vez. Al subsiguiente día, la reserva alcalina se había elevado a 53,6; ningún vómito, nada de acetonuria. El pulso era de 110. No había disnea, y la paciente se sentía «volver a a la vida», según su propia expresión, y comenzó a alimentarse sin que la molestara ni la más ligera náusea. Se investigó esteatorrea en las heces, con resultado negativo.

A grandes pasos la paciente iba cobrando sus fuerzas, podía sentarse sin ayuda, tenía apetito y dormía bien. A principios de marzo, su peso era ya de 41 k.; reserva alcalina de 65, es decir, normal.

Un mes más tarde, reaparecía la menstruación, y al volver a ver a esta paciente con 51 k. de peso que repartidos en su cuerpo, ya le daban las formas propias de su sexo y edad; su tez sonrosada y su alegría de vivir, realmente parecía increíble que fuera el mismo despojo humano, el mismo esqueleto forrado en piel, que habíamos encontrado debatiéndose en el tormento de las náuseas y vómitos.

*
* *
*

Sra. M. J. de Ch., 36 años, múltipara. Pide mi asistencia el 26 de marzo de 1937. Está embarazada de 10 semanas y hace 5 que vomita cuanto ingiere, hasta llegar al estado de emaciación en que se halla. Su peso no puede pasar de los 30 k. Una respiración ansiosa levanta la jaula osea torácica descarnada enteramente y cubierta de una piel seca, apergaminada. Pulso 140, pequeño, depresible. Reserva alcalina 36. Acetona + 5. Glicosuria 0,15%

Inmediatamente procedí a administrarle por vía intravenosa 1000 c.c. de suero glucosado al 10%, y 20 U.

de insulina, fraccionadamente por vía hipodérmica. Tiempo empleado, 2 hs. 40 minutos. A las 6 de la tarde la reserva alcalina había subido ya a 48. Aquella noche durmió bien sin necesidad del sedol, al que recurría desde algo más de una semana. A la mañana siguiente se le dió una papilla de avena con leche que fué bien tolerada. Pulso 120; acetona 3, y 2 de ácido diacético. Durante la tarde tuvo tres vómitos, pero pudo retener algún alimento.

Al subsiguiente día, como la acetonuria seguía en 3 y volvió a tener vómitos después del desayuno, se repitió la inyección de suero. Esta vez solo de 500 c.c. con 7 U. de insulina. Durante la noche vomitó una vez, pero luego durmió bien. La orina de la siguiente denotaba una disminución de la acetonuria a 1, pero la reserva alcalina subió a 65. La alimentación era tolerada, aunque todavía tuvo un vómito al medio día, y este fué el último. Dos días más persistió la acetonuria en + 1 lo mismo que el ácido diacético. A partir de entonces, todo volvió a la normalidad. Tenía apetito, y su régimen alimenticio era el ordinario; ganaba fuerzas y peso visiblemente, y su embarazo siguió su curso normal.

* * *

Otro caso.—El 18 de mayo de 1938 fuí llamado con urgencia para atender a la Srta. R. M. de 17 años. Se quejaba de dolores a la región epigástrica y vomitaba hasta el más pequeño trago de agua que intentaba beber. Se había hablado de «ataque a la vesícula y al apéndice» y se quería consultar mi opinión, antes de llevarla a la mesa de operaciones. Dijéronme que la enfermedad había comenzado tres semanas atrás, y que, a consecuencia de haber tomado muchos purgantes le sobrevinieron los vómitos que persistían con una tenacidad desesperante.

Efectivamente encontré a la enferma retorciéndose de do-

lor, con las manos en el epigastrio, sacudida por el penoso reflejo. La deshidratación saltaba a la vista. Lengua seca; ojos hundidos; respiración anhelante. Pulso de 130. Al examen del abdomen. no había punto doloroso claramente definido, ni defensa muscular. En cuanto a la menstruación, los datos suministrados por la enferma y por sus parientes, resultaban contradictorios, hasta que logramos que la joven nos confesase que hacía lo menos sesenta días que no se le presentaban las reglas. Nuestra sospecha se confirmaba. Tratábase en definitiva de una preñez, con sus vómitos incoercibles y su consecutiva acidosis. La reserva alcalina era de 46, y había 2 de acetona en la orina.

Al día siguiente practicamos una inyección intravenosa de 1000 g. de suero glucosado al 10% en una hora y cuarenta minutos, con su correspondiente dosis de insulina, 30 U. Hacía la tarde y la mañana siguiente, ocurrieron todavía algunos vómitos, pero ya la acetonuria había desaparecido y la reserva alcalina alcanzaba la cifra de 53. Un día más, y los vómitos cesaban enteramente permitiendo el retorno a la alimentación, y en suma a la normalidad.

* * *

La Sra. de F., múltipara de cuatro, me llama a su casa el 10 de agosto de 1937. Embarazo de once semanas. Vómitos incoercibles desde hace veinticinco días. En la actualidad, no tolera nada por vía oral y la mantienen con inyecciones salinas unas veces, y de suero glucosado otras, además de tónicos cardíacos. Pulso depresible. 130 a 135. Enflaquecimiento muy acentuado. Se me solicita para practicar el aborto terapéutico, ya que la enferma se halla desesperada al ver que ninguna de las medicaciones a que la han sometido le ha proporcionado el menor alivio, y en realidad la situación se torna grave. Reserva alcalina, 40. La decisión de

la paciente y su esposo para que se practique el aborto es tal, que a revelarles nuestra intención de apelar a otros medios, con toda seguridad habrían optado por llamar a otro médico que lo hubiese hecho. Hablamos pues simplemente de «preparar» a la enferma para que soportase mejor la narcosis y la operación misma;

A las 10 de la mañana del 2 de agosto, inyección intravenosa de 1000 c.c. de suero glucosado al 10% y 20 U. de insulina. Tiempo empleado, 2 horas. A las 6 de la tarde la paciente sólo se queja de sensación de calor intenso. Se le inyecta otras 10 U. de insulina, y se le prescribe jugo de naranja. Buen sueño; ningún vómito al día siguiente, la mejoría es manifiesta. Se le dá alimento y lo tolera, cosa que hacía un mes que no lograba. Finalmente, con una inyección más de 500 c.c. de suero glucosado y 15 U. de insulina, estaba dominada la acidosis y la gestación podía continuar su curso normal.

*
* * *

Ahora bien, cómo obra la glucosa y la insulina en tales casos?

Preciso es recordar aunque sea someramente, lo elemental acerca del equilibrio ácido-básico del organismo.

A pesar de la gran producción de ácidos que las funciones vitales acarrear, el pH del plasma sanguíneo es=7,34 lo que acusa cierto grado de alcalinidad. Cuando por un trastorno del metabolismo se produce un predominio de ácidos, modificando así el pH humoral, tenemos el estado de acidosis con todo su cortejo morboso. Para conjurar este mal, para oponerse al predominio de ácidos el organismo dispone de lo que atinadamente se ha dado en llamar la «reserva alcalina», esto es, la cantidad de bases que momentáneamente unidas al ácido carbónico, se encuentran a punto para fijar los otros ácidos

nocivos, neutralizándolos así, restableciendo el pH humoral a su proporción de 7,34.

El ácido carbónico se halla en tal concentración, que se apodera de todas las bases no fijadas por los otros ácidos no volátiles, teniéndolas en consecuencia al estado de bicarbonatos. Ahora bien, si aparece un exceso de ácidos alterando el medio humoral, el ácido carbónico les abandona esas bases que combinándose inmediatamente con los ácidos, neutralizan automáticamente la acidez amenazante. Es pues a esta existencia de bicarbonatos en el plasma sanguíneo que se ha denominado la reserva alcalina, y cuya proporción en el estado normal es de 54 a 60 volúmenes %. Es comprensible que la disminución de esta cifra, indicará que el organismo en estado de acidosis, ha recurrido a emplear su reserva alcalina, la que llegará a agotarse si la producción de ácidos continúa.

Ahora bien, cuando en la economía ocurre una demanda excesiva de hidratos de C., un deficiente aporte de ellos o un trastorno del metabolismo, la combustión de las grasas y de las albúminas no se produce sino de modo incompleto ya que, como es sabido, «albúminas y grasas se queman en la llama de los hidratos de carbono» originando así la presencia de productos intermedios, acetona, ácido diacético y beta oxibutírico.

En el embarazo a parte de otros estados, ocurre a veces una excesiva demanda de hidratos de C. de parte del embrión, las membranas y el útero; otras veces parece que el organismo materno claudicara en su capacidad para aprovechar los hidratos de C., ocurriendo por uno u otro modo la combustión incompleta de grasas, con su consecuente sobrecarga para el medio humoral de ácidos grasos, que luego de consumir la reserva alcalina, originan la acidosis cuyo primer o importante síntoma constituyen los vómitos.

Ahora bien, los vómitos acarrearán la inanición, y el organismo en estado de inanición, recurre a la autofagia, al consumo de sus propias albúminas y grasas, que faltas de la llama de los hidratos de C, desprenderán los productos de su incompleta combustión, acarreando la acido-

sis del medio humoral. Y he aquí constituido el fatal círculo: la acidosis, ocasionando vómitos, los vómitos inanición y ésta la acidosis.

La acción de la insulina es justamente la de romper ese círculo vicioso. Parece que substituyendo al factor que causa el trastorno metabólico, obliga al organismo a oxidar inmediatamente la glucosa administrada, la cual a su vez arrastra la combustión de los productos del incompleto metabolismo de las grasas (acetona, ácido diacético, B oxibutírico), con lo que se elimina la cetonuria, se eleva la reserva alcalina, desaparece la acidosis, y por consiguiente desaparece su grave manifestación, los vómitos.

Se comprende que la administración de glucosa solamente, como suele hacerse con frecuencia, sea de efecto nulo, ya que falta el agente que provoca la combustión, el aprovechamiento de ese hidrato de C. De igual modo, la sola administración de insulina a un organismo empobrecido o falto de hidratos de C., acarrearía el riesgo de una grave hipoglicemia.

Este rol de la insulina, suficientemente conocido en el tratamiento de la acidosis diabética, ha sido pues felizmente aplicado a contrarrestar la acidosis no diabética. Fué Thalimer (J. Am. Med. Ass. 124.) el primero a quién se le ocurrió extender los beneficios del tratamiento insulínico a esos tipos de acidosis, determinadamente a la de la toxemia gravídica.

*
* *

Otro tipo de acidosis que resulta curable con el mismo tratamiento, es el de la *acidosis post-operatoria*, temible accidente que con razón es visto con horror por el cirujano. Vómitos, insomnio, excitación, pulso frecuente y débil, labios secos, son los habituales síntomas a los que muy pronto siguen la somnolencia, con su especial tipo de respiración, y el coma precursor del fin letal.

Mucho se incriminó a la anestesia general por el éter y aún más por el cloroformo, como causantes de la

acidosis post-operatoria, precedida de su habitual acetonuria y acetonemia. Ello es indudable, además de otros factores, pero indudable es también que en muchos de esos casos ha debido existir anteriormente una baja de la R. A. que si se hubiese tenido la precaución de investigar, habría podido ser evitada la temible consecuencia.

El tratamiento con la glucosa-insulina en tales casos, nos permite arribar a idénticos resultados que en los mencionados de toxemia grávida.

Pero hay algo más todavía. De la acidosis post-operatoria, se ha extendido el campo de aplicación al shock. David Fischer y E. Mensing de Wisconsin, impresionados por los trabajos experimentales de Crile en animales, y los de Levine, Gordon y Derrick en el hombre, recordando además los brillantes resultados clínicos alcanzados por Thallimer en los vómitos del embarazo, tuvieron la feliz ocurrencia de ensayar la glucosa-insulina en el tratamiento del shock con el magnífico resultado que dichos autores dieron a conocer en un trabajo presentado ante la Chicago Clinical Society el 19 de noviembre de 1934.

No es precisamente este el lugar en que discurramos acerca de la naturaleza esencial del shock. Recordemos simplemente que para explicar los cambios físico-químicos que tienen lugar en su producción, se ha invocado la distensión capilar, la dilatación de los vasos espláncnicos, las embolias grasosas, la absorción masiva de toxinas de los tejidos traumatizados, etc. En medio de esas teorías, hay empero un hecho evidente. El shock ataca o compromete principalmente a determinados grupos de órganos, a saber: el tiroides, las cápsulas supra-renales; el cerebro, el hígado y los músculos. Estos órganos constituirían un sistema quinético, una fuente de energía potencial, la misma que estaría suministrada por la acción de los estímulos circundantes.

Ahora bien, Crile, experimentando en animales, encontró que los órganos del mencionado sistema quinético, cuando son sometidos a una excitación constante y desmesurada, muestran un estado de agotamiento caracterizado

por una hipercromatolisis de las células, seguida de una hipocromatolisis, exactamente igual a la que se observa en el cerebro de individuos muertos de infección y clampsia. Por otra parte, Gordon y Derrick estudiando los cambios químicos de la sangre en los deportistas después de una carrera de Maratón, encontraron una estrecha relación entre el nivel de la glicemia y el estado físico del corredor tras la prueba. Aquéllos individuos que presentaban una glicemia normal, no manifestaban signos de agotamiento, al paso que los que tenían un descenso considerable de su glicemia, presentábanse en estado de shock, con un cuadro semejante a la hipoglicemia que subsigue a la administración de una dosis excesiva de insulina.

Fué a la luz de estos hechos, que Fisher concibió la idea de que introduciendo en el organismo una sustancia que constituyera un aporte de energía rápidamente utilizable, podrían combatirse con eficacia los síntomas del shock, ya que él acusa un estado exhausto de energía, un estado de agotamiento repentino. Ahora bien, si la glucosa a quien la insulina vuelve rápidamente aprovechable por el organismo, había mostrado ya su eficacia contra la acidosis no diabética y la toxemia gravídica, era lógicamente presumible que con igual éxito podría ser utilizada para combatir esa inhibición repentina, ese agotamiento de energía que constituyen el shock. Y en efecto, poco después la experimentación clínica confirmaba la feliz suposición. Fisher publicó sus primeros casos en un trabajo aparecido en «Surg. Gyn. and Obst.» (Vol. XL). Luego de conocerlo, y teniendo aún fresco el excelente resultado que nos dió la glucosa-insulina en los casos de acidosis a que hemos hecho referencia, esperé que se presentara la oportunidad de comprobar esa nueva aplicación. Y así fué que el 4 de diciembre de 1937 tenía el primer caso. Operaba a la Sra. de C. de 34 años a causa de un enorme piosalpinx que ya se había fraguado una salida hacia el colon descendente, lo que se denunciaba por cierto flujo purulento por el ano. La operación resultaba larga y laboriosa. La masa tumoral parecía empotrada en toda la cavidad de

la pelvis menor. Extensas y firmes adherencias la fijaban al epiplón, colon ileo-pélvico y suelo pelviano. Al desprenderlas se produjo una hemorragia en sábana. La opearción hubo de concluir por una histerectomía total, y a tiempo de cerrar el peritoneo sobrevino una parálisis respiratoria, un accidente de la anestesia etérea, que cedió al tratamiento de rigor en tales casos. Tres horas después el pulso ascendía a 130 y luego a 140, filiforme y depresible; la respiración frecuente y superficial; el rostro y las extremidades se cubría de un sudor frío. Sin duda alguna, nos encontrábamos ante un shock gravísimo. Deplorablemente no disponíamos de suero glucosado en la concentración requerida, y hubimos de acudir a lo encontrado a la mano; ampolletas con solución al 5%. Inyectamos por vía intravenosa 1000 g. de ese suero y 20 U. de insulina subcutáneamente en dos dosis. Tiempo empleado, una hora y cuarto. No tardó en sobrevenir la reacción. Una hora y media más tarde el pulso se hacía pleno, con una frecuencia de 115; respiración 25; temperatura 37, 2. Durmió bien. Al día siguiente el estado general de la paciente era satisfactorio. El peligro estaba conjurado e ingresaba a un curso postoperatorio como en el mejor de los casos. La bondad de la terapia por la glucosa-insulina, no podía tener una confirmación más plena,

*
*
*

Otro caso.—22 de marzo de 1938. Accidente del tránsito, El Sr. N, de 48 años, es atropellado por un automóvil. Lo conducen exánime y ensangrentado a su casa, donde se me llama a atenderlo. Fractura de los huesos de la pierna derecha en su tercio superior; herida cortante del antebrazo izquierdo y del cuero cabelludo, que han causado profusa hemorragia. Pero la gravedad inmediata está en el estado general: palidez intensa, labios secos, enfriamiento, pul-

so de 140 filiforme, respiración superficial. Es un severo estado de shock, al que han concurrido dos de las más graves causas, el traumatismo y la hemorragia. Se le inyecta 1200 g. de suero glucosado al 5%, con 20 U. de insulina, en dos dosis. Dos horas después el cuadro estaba favorablemente cambiado: pulso 100, pleno, tenso; temperatura 37,3; respiración 24, lo que permitía dedicarse al tratamiento ordinario de la fractura.

Y así podríamos citar otros casos en los que el tratamiento mostró siempre su bondad. En el shock, ninguno de los que se practica ordinariamente, conduce a resultados tan palmarios, tan evidentes como éste, salvedad hecha naturalmente de la transfusión cuando se trata de anemia aguda.

Si en el shock post-operatorio constituye un poderoso recurso, no lo es menos en aquéllos casos de «abdomen agudo» ocasionados por una perforación, una hemorragia interna, casos en que la intervención inmediata se impone, pero en que al mismo tiempo el cirujano teme afrontar el grave riesgo de operar en un terreno exhausto.

Si el sólo hecho de introducir en el torrente circulatorio una masa líquida que eleve la presión arterial, ya es un medio de combatir las manifestaciones de shock, la gran energía calorífica producida por la rápida oxidación de la glucosa con la insulina, constituye un formidable aporte de energía para los elementos celulares que se encuentran en estado de inhibición, detenido como está el intercambio metabólico que caracteriza lo normal.

*
*
*

CUANDO y COMO DEBE EMPLEARSE EL TRATAMIENTO GLÚCO-INSULINICO.—Ante todo no debe olvidarse que el tratamiento, en cuanto a los vómitos se refiere, no está indicado contra el síntoma en sí, más que cuando éste es una manifestación de la acidosis. En consecuencia, lo primero que habrá que hacer, en cuanto la sintomatología clínica haga sospechar la acidosis, será de-

terminar la reserva alcalina. Para enviar al laboratorio, bastan unos 10 c.c. de sangre, para cuya extracción es conveniente no mantener la ligadura que haga turgente la vena, más que durante el pinchazo, ya que se ha averiguado que el éxtasis sanguíneo acarrea la sobrecarga de CO₂. El tubo en que se reciba la sangre deberá contener una pequeña cantidad de solución de exalato de calcio al 3%.

Para la interpretación del resultado, debemos atenernos a la siguiente escala: de 54 a 60 (volúmenes por ciento) su valor es *normal*; de 55 a 41, *acidosis latente*; de 41 a 30, *acidosis franca*; por debajo de 30 *acidosis grave*.

Ya hemos dicho que la solución de glucosa más recomendable es la de 10%. Como no existe a tal título en nuestro comercio, tenemos que hacerla preparar. Deberá usarse para ello *dextrosa purísima* (Merck) y antes de hacer la solución, esterilizar frascos, embudos, vasos de medida, papel filtro y por último el agua bidestilada. La manipulación deberá ser hecha con los mayores cuidados de asepsia, mejor aún con las manos enguantadas. Disueltos los 100 g. de dextrosa en 1000 de agua, no resta más que llevar el frasco que los contenga al autoclave. Bastan unos 30 minutos, cuidando de no dejar subir demasiado la presión, ya que de lo contrario se caramelizaría, lo que se denota por el color parduzco de la solución, que en modo alguno debe usarse. Al cabo de los 30 minutos, se deberá bajar la presión poco a poco en unos 10 minutos. Retirado en seguida el frasco, se lo mantendrá en sitio fresco, o en la nevera si su uso no ha de ser inmediato.

La cantidad de suero que ha de emplearse, puede ser de 500 a 1000 g, según la gravedad del caso. La administración intravenosa—y este es asunto de capital importancia—debe ser hecha con suma lentitud, dos horas y más, según el estado del paciente.

La cantidad de insulina se calcula en 1 U. por cada 3, de glucosa, y el total que ha de inyectarse por vía hipodérmica, se divide en dos dosis. La primera se ad-

ministra entre los 10 y 15 minutos de haberse estado inyectando el suero glucosado; la restante 10 minutos después de haber retirado la aguja de la vena. Siguiendo estas indicaciones, por lo general no ocurrirá un shock insulínico. De mi parte nunca lo he tenido. Más, para el caso de que tal pudiera ocurrir, se tendrá lista una ampolla de adrenalina, y un vaso de naranjada.

Tres a cuatro horas más tarde, además del cuadro clínico, deberá estudiarse la R. A. e investigar en la orina la presencia de acetona y cuerpos cetónicos. Si las cosas no se hubieran modificado favorablemente, aun se repetirá la inyección una a dos veces más, lo que en general basta para dominar la acidosis.

En cuanto a los casos de shock, como se ha dicho antes, basta con que el diagnóstico se haya determinado con exactitud. Por supuesto que cuando la causa determinante haya sido una grsn hemorragia, se tendrá que dar preferencia a la transfusión.

En cuanto a si este tratamiento está o no exento de peligros, debemos declarar que indudablemente los tiene. Si la insulino-terapia demanda cuidados y precauciones en el diabético, en el no diabético, iguales y mayores los exigirá. Más, en esto, como en todo, es cuestión de sugetarse al método, y sobre todo de observar y apreciar las manifestaciones objetivas y subjetivas del caso que ha de tratarse.

Tal es pues el procedimiento de una terapia, cuya bondad no sabría cómo preconizar lo bastante, a fin de inducir a médicos y cirujanos a emplearla habitualmente.

26 de Junio de 1939.

Enrique Loup B.



DE LA PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Extractos

«Tratamiento de la lúes por masivas y frecuentes dosis novarsenicales con amino-ácidos de hígado». Por los doctores Manuel Táboas González, Médico del Hospital Calixto García, y V. M. Jiménez Armas y J. M. Agüero Urrutia, internos del mismo Hospital. La Habana, Cuba, Enero de 1939. (Trabajo presentado al VII Congreso de la Asociación Médica Pan-Americana).

Según el criterio de eminentes sifilógrafos, los novarsenicales constituyen el más eficiente tratamiento anti-luético; pero para obtener el máximun de efectividad, para acercarse a la anhelada *«therapia sterilizans magna»* de Ehrlich, deben aplicarse en dosis masivas y frecuentes. Más, he aquí que en la práctica, el médico tropieza con el escollo, insalvable a veces, de los fenómenos de intolerancia.

Los autores pasan revista a todas las teorías emitidas hasta hoy para explicar la causa de tal intolerancia, y a los medios propuestos para aminorarla, si no evitarla en absoluto, concluyendo por establecer la incapacidad de todos ellos. Exponen luego el método del profesor Rebaudi, que lo ha experimentado ampliamente y cuya bondad preconizan. Basándose en que la insuficiencia hepática es a menudo la causa de los fenómenos de intolerancia hacia los arsenicales, y de «que los tejidos albuminoides del organismo, llevados al estado de amino-

ácidos, gozan de una particular propiedad desintoxicante», Rebaudi practicó sus ensayos en animales primero, para luego llevarlos a la clínica. Según este autor, la mencionada acción antitóxica estaría ligada a la tendencia que los amino-ácidos tienen para «anclarse» y «copularse» con otros materiales albuminoides en vías de degradación, lo que prepararía su acción neutralizadora. Piolti relaciona esta acción «con la abundancia de prótidos sulfurados que son inyectados con el amino-ácido de hígado, y que son los que el organismo utiliza, ya directamente como anti-tóxicos o, lo que es más probable, a través de una síntesis proteica del hígado hasta el «glutetion».

Los hechos clínicos adquiridos han demostrado que la asociación de amino-ácidos hace posible 1º. *la administración de dosis masivas de novarsenicales a los más breves intervalos, hasta llegar a totales de series no alcanzados con los sistemas ordinarios*; 2º. *el evitar del todo o por lo menos de reducir considerablemente, los fenómenos graves de intolerancia, y en particular las crisis nitritoides.*

Los autores emplean y recomiendan los amino-ácidos de hígado de 75 unidades amínicas. La técnica es como sigue: se aspira en la jeringa 3 c.c. de la solución de amino-ácidos y se los vierte en la ampula de neosalvarsán. La solución debe resultar límpida, de color amarillo de oro, para lo cual se recomienda verter el líquido con lentitud, y agitar la mezcla. A partir de la dosis de 1,20 de neo, se aumentará proporcionalmente la cantidad de la solución de amino-ácidos. Así, para las dosis de 1,20 a 1,95 se emplearán 6 c.c. de amino-ácidos; para las de 1,95 a 2,25, 9 c.c. La inyección deberá hacerse con suma lentitud, y previa aspiración de unos cuantos centicúbicos de sangre. Sebastianelli permite que sus enfermos coman inmediatamente antes o después de la inyección. Los autores de este trabajo, prefieren que estén en ayunas, pero cuatro horas después, les autorizan a tomar una sopa ligera, y a las siete horas, ya podrán comer como de costumbre. Inician el tratamiento con dosis de 0,75 gr., siguiendo la de 0,90; después una de 1,05, una de 1,20

de 1,35., de 1,50., 1,75., saltando a veces a 1,80 o a 1,95, desde 1,50; después 1,95, 2,10, llegando a 2,25 en algunos casos.

Los autores alcanzan así, series de 10 y 12 gramos, habiendo llegado hasta a 16 gr. Como intervalo entre una inyección y la siguiente, acuerdan cuatro días.

De los numerosos casos que dan a conocer, se echa de ver desde luego que la tolerancia para dosis tan enormes—nos atreveríamos a decir—es sin embargo óptima ya sea que se trate de varones o de mujeres, de jóvenes o de personas de edad avanzada, registrándose casos aun de ancianos hipertensos y afectos de aortitis.

De todo ello se desprende en conclusión:

1°.—La inocuidad de la solución novarsenical-amino-ácida de hígado;

2°.—La acción desintoxicante de los amino-ácido de hígado;

3°.—La posibilidad de administrar dosis masivas y de alcanzar elevados totales de series;

4°.—La posibilidad de abreviar considerablemente la duración del tratamiento;

5°.—La posibilidad de prescindir del purgante y del ayuno de rigor; y

6°.—Que la eficacia terapéutica de los novarsenicales, no se aminora en nada con este modo de administración.

Subcapital Fractures of The Hip. (Fracturas subcapitales de la cadera). Dr. Fred. H. Albee, New York. N. Y. *«The Journal of the International College of Surgeons»* January and April, 1939.

La considerable frecuencia de falta de consolidación en este tipo de fracturas, se debe a la deficiencia de irrigación sanguínea del fragmento capital, y no, como erróneamente se suponía, a la coaptación imperfecta de los fragmentos, solamente, o a la insuficiencia de su inmovilización.

Toda fractura central o subcapital del cuello del

fémur, es completamente intraarticular, trayendo en consecuencia, con la forzosa ruptura de la retináculo, la supresión de todo aflujo sanguíneo de la región trocánteriana a la cabeza del fémur, excepto al suministrado por intermedio del ligamento redondo. Ahora bien, en todos los casos de estas fracturas *sin encajamiento primitivo*, se produce una rotación de la cabeza, lo que a su vez acarrea la ruptura del ligamento redondo y la retináculo.

El autor comprobó la ruptura de esos tejidos en 417 casos de los 419 operados por él, por su método reconstructivo, con extirpación de la cabeza femoral, en los que había marcada absorción de hueso e infiltración de líquido sinovial entre los fragmentos.

Con los diferentes métodos empleados en casos semejantes, la consolidación ósea sólo se ha obtenido en la baja proporción de un 22 por ciento. Un buen tratamiento comprende los siguientes puntos: 1º. reducción e inmovilización; 2º. asegurar un aporte suficiente de sangre al fragmento capital anémico; 3º. asegurar una influencia sobre la formación osteogénica de la unión de la fractura. Ahora bien, el injerto de una espiga ósea de tibia, a lo menos de 1,27 cms. de diámetro, cumple con estos requisitos como ningún otro procedimiento.

Myocardosis a plea for early recognition of coronary artery disease. (Miocardosis; una encuesta para el reconocimiento precoz de las enfermedades arteriales coronarias). Parsonnet A. E.—ANNALS OF INTERNAL MEDICINE—Vol. 11 Enero de 1938.

Desde 1926 Riesman propuso reemplazar el término de miocarditis crónica por el de miocardosis y aunque en un principio esa iniciativa fué muy bien recibida, después se la olvidó.

El autor insiste en lo correcto del término y trata de fijar su cuadro clínico; sobreviene a la mitad de la vida y se debe, casi siempre, a déficit en la irrigación miocárdica, pero que no llega al infarto, al que precede por un tiempo que dura según los cuidados del tratamiento

Sus principales síntomas son: disnea de esfuerzo, palpitaciones (casi siempre extrasistólicas), vago dolor esternal o en otra región del tórax o en el hombro; trastornos digestivos, insomnio y fatigabilidad. El examen objetivo, el de rayos X y el electrocardiográfico, en la generalidad de veces, resultan normales.

Se proponen tres pruebas de utilidad para el diagnóstico y que deben interpretarse sin descuidar que a medida que el sujeto avanza en edad, son mayores las diferencias individuales en la respuesta a ciertos esfuerzos. La primera prueba consiste en la medición de la capacidad vital; toda disminución que quede por debajo del 80% de las cifras normales, resulta patológica. La segunda prueba provoca por el ejercicio de la marcha, una aceleración del pulso de 20 a 25 por minuto y que normalmente debe desaparecer a los cinco minutos. Y por último, la tensión arterial que se eleva después del ejercicio en 20 mm. por encima de la cifra de reposo, normalmente debe volver a ésta en un plazo no mayor de 10 minutos.

Se relatan cuatro casos de miocardosis que terminaron con infarto del miocardio, mortal en todos ellos.

(L. Mendez, Archivos Lat. Amer. de Cardiología y Hematología, México).

Note sur quelques « embolies pulmonaires » graves. (Nota sobre algunas embolias pulmonares graves). Fauvet Jean et Monsaingeon Andre. LA PRESSE MEDICALE.—Sept. 3 de 1938.

Tomando en cuenta que la extensión del territorio isquemiado no es proporcional a lo grave y aparatoso del cuadro clínico, es lógico pensar que algunos fenómenos nerviosos creados a nivel de la arteria obliterada, desempeñan un papel importante en la génesis de los accidentes mortales. Débese además valorar el brusco principio del padecimiento que no da lugar al establecimiento progresivo de la circulación colateral.

Haciendo un estudio de dieciseis casos de embolia pulmonar grave, y localizando el coágulo por la inyección arterial por una masa colbraeada, buscando el coágulo a partir del territorio periférico no inyectado, ensayan distintos tratamientos, concluyendo que deben tentarse en todos los casos los métodos de la *anestesia estelar* de M. Lériché y el método farmacodinámico puesto en boga por Bardin, Villaret y Justin Besançon, que consiste en la administración masiva, pero a dosis fraccionadas de atropina, efedrina y bicarbonato de sodio intravenoso.

Las pruebas hechas con dicho tratamiento, dejan la impresión de haber sido beneficiosas para los pacientes.

(Hernández y Marín R.).

«Tratamiento de las afecciones coronarianas por medio de revascularización quirúrgica del miocardio».—Dr Salvador Aceves.—«Archivos Latino Americanos de Cardiología y Hematología. Tomo VIII Núm. 6 Noviembre—Diciembre 1938. México D. F.

Paralelamente a la cirugía del pulmón, de los nervios y de los vasos, en los últimos años ha cobrado sorprendente auge la cirugía del corazón, que busca el tratamiento de las enfermedades de ese órgano con tanto más empeño, cuanto los resultados del tratamiento médico, son con frecuencia efímeros, cuando no del todo nulos.

El autor comienza por recordar los conceptos fundamentales acerca de la patogenia de la angina de pecho, concluyendo por establecer que «cualquiera que sea la teoría que se adopte, habrá que convenir en que es siempre el mismo fondo de *hiponutrición del corazón*, el que explica el mecanismo del drama anginoso»; pues que tanto las afecciones del miocardio, cuanto los trastornos nerviosos que originan la vasoconstricción refleja, tendrían como causa primera el mismo *substratum* anátomo-patológico: la lesión de las coronarias acarreado la nutrición deficiente del corazón. Proceso inflamatorio, obstrucción

del lumen por lesión coronaria o vaso-constricción espasmódica, «están enlazadas por el común denominador de la isquemia del miocardio».

Las restricciones impuestas a la nutrición del corazón, producen efectos variables dependientes de los medios de compensación que se hallan a cargo de las anastómosis. Anastómosis entre las grandes coronarias, entre éstas y las extra cardíacas de la base del corazón, y por último entre las coronarias y las cavidades del corazón. Esta red de suyo deficiente, suele a veces alcanzar el restablecimiento mediante circulación colateral de los vasos de neoformación nacidos en las adherencias por reacción pericárdica, hecho debidamente comprobado en varios hallazgos de autopsia, y que ha llegado a hacer decir que la pericarditis debe considerarse no como una complicación, sino un «natural intento curativo».

Ahora bien, propendiendo a compensar la deficiencia del aflujo sanguíneo, la cirugía ha propuesto hasta hoy tres medios diferentes, la simpatectomía, la tiroidectomía y la revascularización del miocardio.

SIMPATECTOMIA.—La simpatectomía primitivamente (Jonesco 1916) se refería a la resección de la cadena simpática cervical y la ablación del ganglio estrellado. El descubrimiento de nervios cardíacos que establecen conexión entre el corazón y los ganglios simpáticos por debajo del ganglio estrellado, vino a explicar la razón del desalentador porcentaje de fracasos, así como la posible inconstancia de tales comunicaciones, daba la razón de los impresionantes éxitos obtenidos algunas veces (Leriche y Fontaine). Actualmente se aconseja la intervención en el simpático dorsal: primeras tres o cuatro ramificantes simpáticas torácicas o extirpación de los cuatro o cinco primeros ganglios torácicos, ambas de técnica delicada y difícil, que se ha propuesto substituir con la alcoholización por inyecciones paravertebrales que tienen el inconveniente de las neuralgias que dejan como secuela.

Empero, las operaciones en el simpático que tienden a reducir el factor reflejo, suprimir causas de vaso-

constricción, y así mejorar la circulación coronaria, no han satisfecho la expectativas, llegando sus más entusiastas preconizadores (Leriche y Fontaine) a declarar que «el tratamiento de la enfermedad tiene otras necesidades distintas de la simple reducción de las potencias vasomotoras coronarias».

TIROIDECTOMIA.—Esta operación practicada por primera vez por Cutler, de Boston, ocasiona una inmediata mejoría, sobre todo de los fenómenos dolorosos, siendo superior a la simpatectomía por su fidelidad. El mecanismo de su acción se explicaría en lo inmediato, por las inevitables secciones nerviosas que acompañan a la intervención, y en lo lejano, por el descenso del M. B. (notorio de la cuarta a la octava semana) que al traer un requerimiento orgánico menor, arrastre también un menor trabajo del corazón, para cumplir el cual resulte suficiente la irrigación amenguada por el proceso patológico. Más, como la operación no ejerce influencia en la marcha progresiva de la afección vascular, ni pone a cubierto de sus accidentes (trombosis coronaria), el campo de su aplicación resulta muy restringido.

REVASCULARIZACION.—Ya se vé que para suprimir la causa del angor, no son suficientes ni la estereotomía, que se dirige a combatir un solo elemento patogénico, el espasmo; ni la tiroidectomía que sólo tiende a *adaptar* el órgano a una situación viciosa que no ha de modificar. Teóricamente, pues, el medio ideal sería aquel que lograra el restablecimiento suficiente y permanente de una irrigación del miocardio. La posibilidad de lograr tal *desideratum*, ha sido demostrada experimentalmente desde 1933 por Beck y después por O' Shaughnessy; injertos de tejido mediastínico, pleural, diafragmático o epiplón, aplicados a un punto del corazón despegado de su envoltura pericárdica, generan anastomosis vasculares, siempre que la irrigación de ese corazón se halle reducida. La red colateral así constituida, protege al corazón contra la oclusión de un gran vaso coronario, lleva sangre de una arteria útil a un territorio isquemiado y sirve de anastomosis entre las coronarias derecha e izquierda. De los

tejidos con que tal injerto se ha ensayado, es el epiplón el que mejor ha respondido al objetivo.

La operación consiste esencialmente, en llevar epiplón al tórax mediante una abertura practicada en el diafragma, y luego saturarlo ya directamente sobre el músculo cardíaco o, lo que es menos peligroso, únicamente al pericardio, valiéndose de una pasta irritante (Alenronat) que introducida entre las dos hojas de la serosa, provoca una reacción aséptica que propagará hacia el pericardio visceral y hacia el miocardio, el desarrollo vascular que en la hoja parietal provoca el injerto. Las conexiones vasculares comienzan a producirse a las tres semanas de la operación, y alcanzan su mayor desarrollo al cabo de un año.

Hasta el 8 de enero de 1938, O'Schaughnessy y otros cirujanos ingleses dieron a conocer los resultados obtenidos en 26 casos, 15 de los cuales eran de angina pectoris. Entre estos, hubo un muerto por ruptura del miocardio, durante la intervención, en los demás hubo mejoría franca que fué afirmándose en varios de ellos hasta la curación verdadera. De cinco no anginosos, operados por fenómenos de isquemia (insuficiencia cardíaca de origen hipertensivo, insuficiencia con Stokes-Adams, insuficiencia y fibrilación auricular, insuficiencia y bloqueo de rama), uno murió; tres mejoraron suficientemente y uno pudo volver al trabajo.

Como se vé, la mortalidad no es elevada si se tiene en consideración que las enfermedades a cuyo tratamiento se dirige, tienen de suyo una mortalidad aterradora.

Hay todavía otros procedimientos de revascularización, el de Beck valiéndose de injertos de pectoral mayor, el de Lezins por medio del pulmón y la pericardiotomía transpleural, unas veces, extrapleural otras. Más, de todos, la cardio-omentopexia es la operación menos complicada y la que ha dado resultados más satisfactorios.

Enrique Loup B.



RIÑÓN EN HERRADURA.

Drs. Julio C. Fortún y Franz Wenger.

El anfiteatro, fuente inagotable de sabias enseñanzas y de valiosas adquisiciones en el perfeccionamiento de nuestros conocimientos anatómicos, depara a diario sorpresas de toda naturaleza, que llaman forzosamente la atención del investigador, para la interpretación morfológica de las anomalías descubiertas.

El caso que vamos a relatar ofrece la característica individual de su extraña rareza, que en la pureza de sus líneas y en el perfeccionamiento de su forma anatómica, no coincide con ninguna de las anomalías registradas en el riñón, por los anatomistas clásicos. Es verdad que algunos de ellos, hacen mención de esta rara variedad (casos de Young y Thompson); registrada en las obras clásicas, pero no la presentan con la nitidez perfecta del *riñón en herradura*, que vamos a describirlo a continuación, anotando, juntamente con la malformación morfológica, las modificaciones de su aparato excretor y de la distribución de su sistema arterio-venoso.

Trátase de un sujeto que falleció a consecuencia de un grave traumatismo torácico, con fractura de numerosas costillas, que determinaron extensas dislaceraciones pleuro pulmonares, infectadas consecutivamente, acarreado la muerte del individuo con el complejo de una neumonía traumática.

Es menester dejar constancia que el sujeto de referencia, jamás presentó en vida, alteraciones renales de ningún género, como que, clasificado hábil para su servi-

cio militar e incorporado en el ejército desde hacía más de un año, nunca adoleció de trastorno de ninguna especie. No tenía, en realidad, historia patológica anterior.

Al practicar la autopsia de la cavidad abdominal y eviscerado todo el contenido cavitario, lo primero que llama la atención, es el enorme volumen del riñón, que tiene exactamente la forma de una herradura, de concavidad superior, cuyo punto culminante inferior llega, en la línea media, a la altura del promontorio.

Aislados los órganos, se comprueba que no se trata únicamente de un simple contacto de los polos inferiores de ambos riñones, a nivel de la línea media, por una acentuación de su corvadura interna, sino de una verdadera fusión de ambos órganos, pudiendo considerarse a primer golpe de vista como una sola víscera, impar, media y simétrica, con un ángulo de abertura superior de 60°. Su circunferencia mayor equivale a 42 cm. y la menor, tomada junto a los hilios es de 21 cm. La mitad izquierda (llámese riñón izquierdo) es de 12 cm. de largo, 6 cm. de ancho y 2,5 cm. de espesor. En el lado derecho las dimensiones correlativas son de 13,5, 6 y 3 cm., respectivamente. El conjunto de la masa renal es mayor con mucho al de dos riñones normales y su peso es de 261 gramos.

Visto por su superficie exterior, presenta todas las características peculiares del riñón, con sus abollonaduras y vascularizaciones características. En las proximidades del sitio de la sínfisis, a poca distancia de la línea media, se percibe un lecho o canal, en el cual se aloja la porción inicial del uréter. En la superficie se ven restos embrionarios.

En la zona yuxta hiliar la masa parenquimatosa de la glándula está como adelgazada, especialmente en el lado derecho, dejando percibir claramente una extensa superficie de la pelvis renal, de cuya cara anterior se desprende el conducto excretor. Parece como si el órgano hubiese girado sobre su propio eje vertical, de tal modo que el hilio tiende a hacerse anterior y no interno como es normalmente.

La figura que publicamos, reproducción fotográfica de la pieza muestra con mayor claridad esta disposición.



El examen de la cara posterior muestra la uniformidad completa del paréntesis, sin dejar ver ninguna porción de la pelvis renal, hecho que corrobora la posible torción del órgano. En esta misma cara y a la derecha de la línea media, en las proximidades del borde superior de la herradura se nota la huella de la terminación de la vena cava inferior y a la izquierda, a pocos centímetros de la línea media, dos canales divergentes, de ángulo inferior, correspondientes a las impresiones de las dos arterias ilíacas primitivas. Finalmente se aprecia, en la cara posterior de la pelvis una lámina de tejido renal, de 1 cm. de espesor, más o menos, que se continua sin límite de demarcación alguna, con la de la cara posterior.

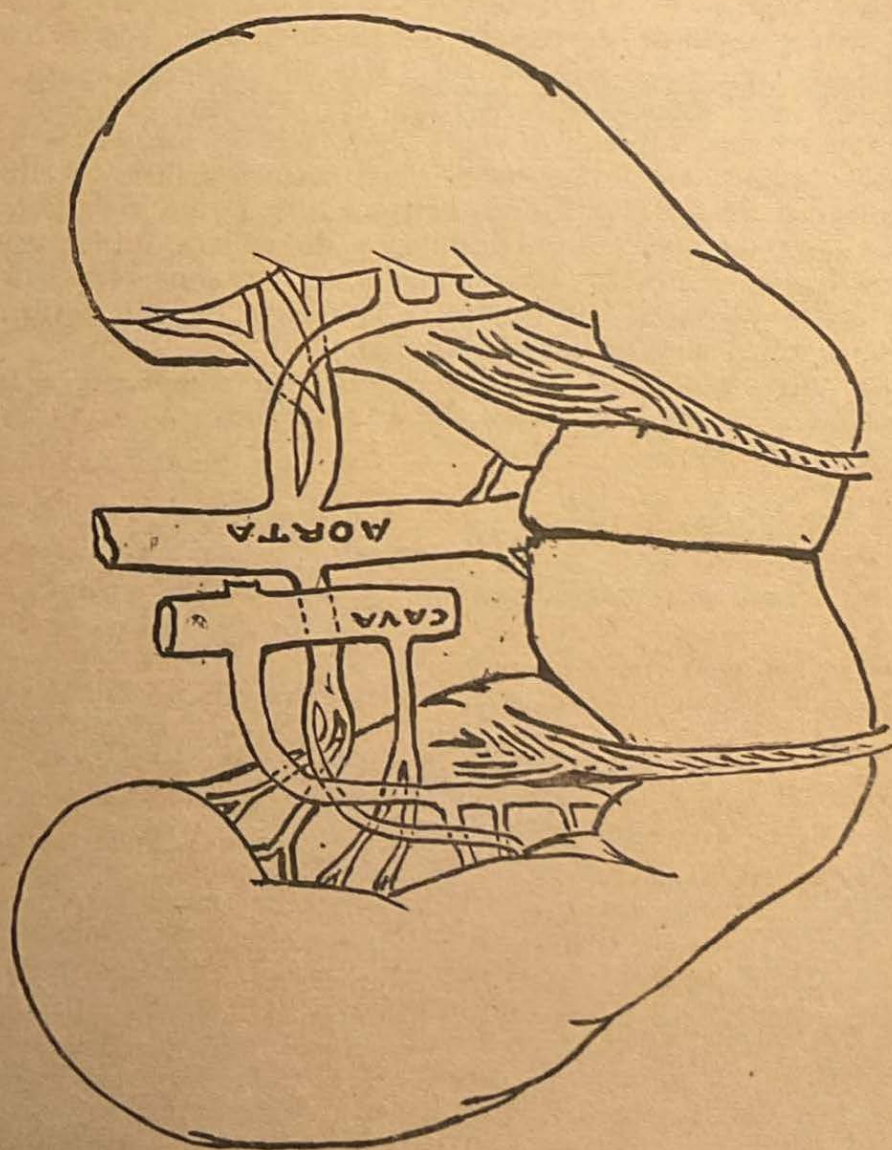
Hay dos pelvis renales, siendo la izquierda mucho más ancha que la derecha, cada una de las cuales se compone de dos brazos principales, uno inferior, cercano al punto de fusión y otro superior, subdividido a su vez en dos brazos secundarios. Los uréteres, como dejamos establecido, nacen de la cara anterior de las pelvis, caminando, sobre la parte anterior de la herradura.

Por lo que respecta a sus vasos circulatorios, el arterial ofrece particular interés. Existen dos arterias renales, a cada lado, que nacen aisladamente de la aorta. Las superiores emergen del tronco de origen a 3 cm. por debajo del plano del polo superior y luego se dividen en dos nuevos troncos, de los cuales el superior, contorneando el borde interno de la herradura, forma un arco de concavidad interna, del cual parten nuevos ramúsculos que inmediatamente se pierden en la masa del órgano. El tronco inferior de esta última división, hace un trayecto recurrente y pasando por detrás de la rama inferior, va a vascularizar el polo superior de la víscera.

La arteria renal inferior emerge de la aorta, inmediatamente por encima del borde cóncavo de la herradura y antes de dividirse, se introduce en la masa de riñón fusionada.

El sistema venoso ofrece la misma disposición y como tal se encuentran dos venas renales a cada lado, que aisladamente desembocan en la cava inferior, siendo de notar la disposición recurrente del ramo venoso inferior.

El esquema adjunto, es claramente demostrativo de lo dicho y comprobado por las inyecciones practicadas para este análisis de estudio descriptivo.



Las cápsulas suprarrenales no ofrecen ninguna particularidad digna de mención.

Deliberamente y mientras se practiquen las opera-

ciones tendientes a la conservación de esta anomalía, no se han practicado cortes, ni estudios histológicos de la zona de fusión o coalescencia. Más, lo evidente es que, por el solo aspecto exterior de la pieza, la disposición de su sistema excretor y sobre todo por la existencia de vasos renales supernumerarios, tan perfectamente deslindados, a nivel de la fusión, existe nuevo tejido renal, con toda su complementación tubular y de cálices, hecho que hace más remarcable esta anomalía, si se considera que en todos los casos registrados, sólo existe tejido conjuntivo, a nivel del sitio de la sínfisis.

Tal es el caso que nos permitimos someterlo a la consideración de los profesionales dedicados a investigaciones anatómicas.



EL MICO-MICO, LA ARAÑA VENENOSA DE BOLIVIA

Extracto del Boletín de la Sociedad Zoológica de Francia.

Tomo LXIV, 1939, página 70.

Traducido del francés, por el Dr. Julio C. Fortún, con autorización del Profesor J. Vellard, autor de la publicación.

En la región de Cochabamba y Sucre, numerosos accidentes, en general serios y algunas veces mortales, sobre todo en los niños, son atribuidos a la mordedura de una araña.

La especie responsable, designada con el nombre local de *mico-mico* o *micu-micu*, jamás ha sido determinada con exactitud.

En 1886, un químico establecido en Cochabamba, el doctor Sacc, envió a E. Simon un lote de arañas, rotuladas todas con la etiqueta de mico-mico. El envío comprendía dos Clubiónidos, un *Trachelas* y una *Anyphaema* y dos Saltícidos, que fueron descritos por Simon con los nombres de *Dendryphantes noxiosus* y *D. sacci*. Una nota del doctor Sacc, reproducida por Simon, señalaba que «la picadura del mico-mico produce el efecto de hierro al rojo, seguido de una violenta inflamación; la sangre pasa a la orina y la muerte llega en algunas horas si no se pueden detener los efectos del veneno, que parece semejante al de la serpiente de cascabel» (E. Simon, *Anales de la Sociedad Entomológica Belga*, pág. 170, 1886).

A pesar de que las cuatro especies pertenecían a grupos diferentes, enviándoselas con el mismo nombre, fué admitido que los dos *Dendryphantes* solamente correspondían al verdadero mico mico.

El vasto grupo conocido de los Saltícidos, no contaba ninguna otra especie peligrosa y, en un trabajo pre-

cedente (*El veneno de las arañas*, Masson, 1936), concebí dudas sobre la responsabilidad de los *Dendryphantes noxious y sacci*, en los accidentes observados en Bolivia. La sintomatología descrita me inclinaba a incriminar a otra araña, tristemente célebre en las zonas templadas de la América del Sud, la *Latrodectus mactans*, cuya presencia ha sido señalada en diversas oportunidades en Bolivia; esta especie no es rara en las regiones vecinas, Chile, Perú, Argentina y Gran Chaco.

Durante mi permanencia en Bolivia, me radiqué en Cochabamba, para estudiar e identificar el *mico-mico*.

Bajo el nombre quichua de *mico o micu* los habitantes indígenas y mestizos de la región de Cochabamba, engloban un gran número de arañas de pequeña talla. Unas gozan de la reputación de ser más o menos peligrosas; otras son juzgadas inofensivas. Generalmente se admite la existencia de tres tipos principales de *mico*.

El más temido es el *mico colorado* (mico rojo), llamado también *mico verdadero*, o *mico mico*; todos los accidentes graves le son atribuidos.

Diversas especies de pequeña talla y de color obscuro son confundidos bajo el nombre de *mico gris y mico negro*.

Estos micos pasan por menos peligrosos que los precedentes. Los accidentes se reducirían a una tumefacción local más o menos dolorosa, con o sin fiebre, seguida, en ciertos casos, de una pequeña ulceración. Las especies más frecuentemente incriminadas pertenecen a los grupos de los Clubiones, de los *Drassus*, de los Saltícidos (entre estos los *Dendryphantes*) y de las Lycoses. La mayoría de estas arañas son inofensivas; las pequeñas Lycoses locales mismas, son mucho menos peligrosas que las gruesas especies tropicales del género y su mordedura no puede producir accidentes tan graves.

Me ha sido imposible identificar el *mico blanco*, generalmente considerado sin peligro alguno.

En suma, sólo el *mico colorado* es juzgado capaz de producir accidentes serios.

* * *

La identificación del *mico colorado* ha sido fácil. Abunda en los sitios pedregosos de las proximidades de Cochabamba, sobre todo en los valles un poco más calientes de Cliza, Tarata, Arani. Se lo encuentra bajo las piedras o en la base de los hacecillos de las gramíneas. Desde mi primera salida a los alrededores de Arani, recogí una treintena de ejemplares en una hora: tratábanse de *Latrodectus mactans* típicos. Mostré á numerosas personas, en medio de otras especies de arañas y los *Lactrodectus* me fueron designados, sin vacilaciones en toda la región, como siendo el verdadero *mico*, el *mico colorado* o *mico-mico*. Al contrario, el acuerdo no pudo establecerse a propósito de los otros tipos, los micos blancos, grises o negros.

Morfológicamente, el *Latrodectus mactans* de Cochabamba, no presenta ningún carácter particular. El colorido y el dibujo varían dentro de extensos límites, pero con predominancia de individuos cuyo abdomen es invadido por la coloración roja.

En Bolivia esta especie se encuentra en toda la zona templada, sobre la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes. Es sobre todo abundante entre 1,500 y 2,000 metros, pareciendo no determinarse su existencia por encima de los 2,600 a 2,800 metros. En el llano va hasta muy lejos; he recogido individuos aislados en el Gran Chaco, en los alrededores del fortín Nanawa y cerca de Guayaramerín sobre el Río Madera, a más o menos 180 metros de altitud, en una región absolutamente tropical.

*
* * *

Los accidentes causados por esta araña son muy conocidos en las regiones de Sucre y Cochabamba. Los médicos los ven de tiempo en tiempo en su clientela o en el hospital. Varios miembros del servicio de sanidad se han prestado a darme sus informes con este objeto y los doctores Villarroel y Moservo, me han comunicado diversas observaciones de casos vistos personalmente por ellos;

fuí feliz de poder agradecerles por sus informes. Otros datos me han sido proporcionados por personas que fueron mordidas por esta araña o que observaron los accidentes.

Todas estas informaciones concuerdan. Los síntomas aparecen casi inmediatamente después de la mordedura, caracterizándose por un dolor local intenso, limitado primero a las vecindades de la mordedura, extendiéndose en seguida hacia la raíz del miembro herido, acompañado más tarde de raquialgia y de cefalea. Al mismo tiempo aparecen calambres locales muy penosos y temblores, que en algunos casos se generalizan, pudiendo llegar hasta las convulsiones; los calambres más dolorosos en la pared abdominal, constituyen un síntoma casi constante. El estado general es malo: náuseas, sudores profusos, disnea marcada, con cianosis más o menos acusada, pulso depresible, taquicardia y arritmia. Las orinas son escasas, frecuentemente hemorrágicas; anuria final en los casos mortales; ictericia en algunos enfermos. Localmente aparece, desde el comienzo, una mancha eritematosa, con hinchazón ligera, seguida de edema y de una o varias vesículas, conduciendo en algunas horas a la formación de una ulceración de extensión variable.

En la mayoría de los casos, los síntomas se atenúan 24 o 48 horas después del accidente; de lo contrario la muerte sobreviene, generalmente entre el segundo y cuarto día, por agravación de los síntomas renales.

Las dos observaciones siguientes dan una idea exacta de la evolución de estos accidentes.

Observación del Dr. Moservo (Cochabamba).—Agricultor de 35 años, mordido en la pierna izquierda, al estar roturando la tierra. Síntomas casi inmediatos; dolor intenso en el punto de la mordedura, con edema marcado y una ligera coloración violácea de los tejidos, luego flictena de unos 15 milímetros de diámetro, más o menos (tamaño de una pieza boliviana de cinco céntimos). Dolor local intenso, extendiéndose a todo el trayecto de los nervios del miembro. Disnea marcada; edema palpe-

bral; taquicardia con pulso depresible; sed intensa; anuria; ausencia de estupor.

Este estado se prolonga durante 48 horas; los síntomas se atenúan enseguida y al cabo de 96 horas, el enfermo está casi restablecido. La orina es abundante; los síntomas de intoxicación y los dolores han desaparecido. Localmente, pequeña ulceración local, que cicatrizó en cuatro días. El tratamiento ha consistido en aplicaciones locales de amoníaco líquido a 50 % y en baños de pies calientes con una solución de permanganato de potasio al 5 0/00; pociones con acetato de amoníaco y cafeína; diuréticos en abundancia. Dieta láctea durante cuatro días.

Observación del Dr. Villarroel (Cochabamba).—Niña de 9 años conducida al hospital, con, en el muslo derecho, una mancha eritematosa circular, de 6 cm. de diámetro más o menos, marcada en su centro por un punto obscuro semejante a una picadura. El cuadro clínico observado a su entrada en el hospital era el siguiente: disnea pronunciada, cefalalgia intensa, cianosis poco marcada, dolores abdominales, ausencia de fiebre. La hematuria apareció 48 horas más tarde, acentuándose poco a poco; anuria completa en 72 horas. Muerte en poco más o menos 80 horas por colapso.

Cuatro o cinco casos observados en el hospital Viedma de Cochabamba por el Dr. Villarroel han presentado una sintomatología idéntica.

Otros accidentes me han sido referidos en la región de Arani, donde el mico mico es muy abundante y temido. Dos casos mortales me han sido descritos por testigos oculares.

Primer caso de Arani. Hombre de 28 años, mordido en la mano; muy rápidamente aparecen los signos de intoxicación: dolor local violento, extendiéndose pronto a todo el brazo; cafaleda, raquialgia, dolores abdominales, calambres y temblores del brazo. Localmente, enrojecimiento y edema casi in-

mediatos. El enfermo era cadáver cuatro horas después, en medio de convulsiones y de fenómenos asfícticos intensos.

Segundo caso de Arani. Mujer de 35 años, mordida en la mano; dolor local inmediato, calambres, temblores, dolores abdominales y cefalalgia. Edema local rápido. Fenómenos asfícticos manifiestos, precediendo a la muerte que sobrevino en 8 o 10 horas.

En todos estos casos, los síntomas esenciales: dolor inicial violento e irradiante, calambres; contracciones dolorosas de los músculos abdominales; signos de intoxicación renal en las observaciones hechas por médicos; fenómenos asfícticos y reacción local rápida pero moderada.

Experimentalmente el veneno del *Latrodectus mactans* de Cochabamba provoca, en el cobayo, lesiones de edema pulmonar más severos que la mayoría de los venenos de otras regiones, matando a los animales en menos de dos horas. Localmente se observa una reacción moderada (enrojecimiento, edema), conduciendo de ordinario a la formación de una pequeña escara. Los otros síntomas no merecen mención especial (ejemplares de mico mico recogidos cerca de Arani),

*
* *

Variaciones regionales del veneno del *Latrodectus mactans*. Fab.

El *Latrodectus mactans* existe desde California hasta Chile, a lo largo de la costa del Pacífico y de la Cordillera de los Andes.

Avanza hacia las regiones bajas de la Argentina y del Uruguay y penetra hasta el Gran Chaco y la región del Mamoré. Se le encuentra en Colombia y en Venezuela, en la Cordillera de Mérida; llega asimismo al lago de Maracaibo y el mar de los Caribes.

En todas partes es conocido y temido.

La sintomatología de los accidentes observados en

Cochabamba, se aleja en varios aspectos, de la descrita en otras regiones. Es interesante subrayar estas diferencias.

Los Estados Unidos poseen una abundante literatura sobre esta especie. Es conocida en California, donde no es rara, bajo los nombres de *black widow* (viuda negra), *hour glass spider* (araña en reloj de arena), o *shoe button* (botón de calzado). Un gran número de accidentes serios, a veces mortales, han sido publicados; ellos son casi únicamente caracterizados por síntomas nerviosos: dolores intensos, calambres locales, rigidez de los músculos abdominales, sudores profusos, a veces delirio, retención de orina, *ausencia total de reacción local*; todos los autores están acortes sobre este último punto.

En Venezuela, el *L. Mactans*, llamado *rabo de candelita*, a causa del color rojo vivo de su abdomen, es sobre todo frecuente, bajo los durmientes de ferrocarriles y pica con bastante frecuencia a los carrilanos, cerca de Valencia y de Maracay o a orillas del lago de Maracaibo. Los ejemplares de abdomen casi enteramente rojo son los más comunes. La actividad de su veneno es muy inferior a la de los ejemplares californianos o bolivianos. Los accidentes son temidos, dolorosos, pero ningún caso mortal me ha sido referido. El dolor de calambres locales, un estado general malo con sudores, síncope y disnea, una *ligera reacción local*, los caracterizan, las orinas disminuyen y a veces son ligeramente hemorrágicas.

En los animales, la mordedura, como la inyección de maceración de glándulas, provoca una reacción local sensible, congestión, edema, sin llegar a la escara. El cobayo mordido por un solo ejemplar, muere entre 5 y 7 horas más o menos; la muerte sobreviene entre las 15 y 20 horas, después de inyecciones subcutáneas o intramusculares; entre los síntomas observados en estos animales, es necesario notar la ausencia de lágrimas grasosas (secreción de las glándulas de Harder), que no faltan jamás con los venenos del *Lactrodectus* de la Argentina y de Chile. Los otros síntomas, contracciones clónicas, tim-

pauismo abdominal, baba sanguinolenta, arritmia cardíaca, respiración lenta y penosa, no ofrecen nada de particular. A título de indicación, resumiré las dos experiencias siguientes, todavía inéditas, realizadas con ejemplares provenientes de la Sábana de Mendoza (Estado de Trujillo, Venezuela).

Cobayo V1, peso 390 gramos. Mordido a hs. 9.35 en la pata y en el hocico por ejemplar adulto hembra; hs. 10.5, hiperestesia, temblores locales, agitación, salivación; 10.13 fibrilaciones musculares locales, contracturas rítmicas de la pata mordida, gritos, fuerte salivación, timpanismo abdominal; 10.37 contracción rítmica de los músculos de las patas anteriores, fibrilación de los músculos de la nuca; 11.5 respiración lenta y penosa, baba abundante; el animal está tendido de largo, parético, el hocico sobre el suelo, agitado por intermitencias de temblores generalizados; la sensibilidad cutánea está exagerada; la pata mordida está roja y aumentada de volumen; 13.5, baba espesa, respiración muy difícil, estado asfíctico. Muerte a las 15.30, en 5 horas y 55 minutos; rigidez muscular inmediata. A la autopsia, edema no hemorrágico, aumentando en un tercio más o menos el volumen de la pata; fuerte congestión y hemorragias pulmonares; gran congestión de las vísceras abdominales y de las meninges.

Cabayo V2, peso 350 gramos. Inyección intramuscular en el muslo izquierdo, a hs. 10.8, de la maceración de dos glándulas de *L. mactans* (vol. 1 c.c.) Gritos y agitación inmediatos. 10.30, agitación incesante, calambres locales; 13.5, poco activo, pelos erizados, contracciones intermitentes rítmicas de los músculos de la pata, principio de rigidez de los músculos abdominales; la pata congestionada está sensiblemente aumentada de volumen; 15.30 temblores generalizados intermitentes, exasperados por toda excitación, rigidez de la pared abdominal, baba; la pata ha du-

plicado de volumen; 21 horas, paresía; el animal está recostado de lado; los temblores continúan; respiración lenta, soplante, estado local estacionario; muerte en 18 horas. A la autopsia, congestión y hemorragias pulmonares, congestión general de las vísceras abdominales; grueso edema no hemorrágico de la pata inyectada.

En el Perú, el *L. mactans*, conocido con el nombre de *lucacha*, ha sido bien estudiado por Escomel; las mordeduras no son raras en la campiña, más este autor no conoce ningún caso mortal. Los síntomas generales: angustia, sudores, dolores, calambres, fibrilaciones musculares, cefalea, raquialgia, hemoglobinuria, disminución del volumen de orina, etc., son idénticos a los observados en otras regiones, pero por lo regular más discretos y desaparecen en algunas horas. Localmente se observa casi siempre un edema considerable, fétido y húmedo, habiendo sido a veces confundido con la erisipela. Estas lesiones locales seguidas de necrosis y eliminación de la escara, han sido reproducidos experimentalmente, sobre reducida escala, en el cobayo, por la mordedura de la araña.

En Chile, numerosos trabajos han sido consagrados a esta araña, llamada según las regiones, *araña brava*, *potto colorado*, *guina* o *pallú* (nombres indígenas). Los accidentes son frecuentes y diversos casos de muerte han sido señalados en el hombre y los animales domésticos (cordero, caballo, mulo).

Dos formas de accidentes han sido descritas. La primera es idéntica a la observada en Estados Unidos: *ausencia de reacción local*; fenómenos dolorosos intensos, calambres, fibrilación muscular; raquialgia, trastornos mentales, desarreglos renales, orinas raras y sanguinolentas; en los casos mortales, la parálisis se instala progresivamente, acompañada de fuerte hipotermia; en los otros casos, la convalecencia es larga, la astenia y la depresión mental pueden persistir varias semanas.

El segundo tipo de accidentes, mucho más benigno, está caracterizado por una reacción local marcada: congestión y edema al principio, seguida de la formación. En

flictena y tardíamente de una pequeña ulceración. En esta forma, que ha recibido el nombre de *mancha gangrenosa de Chile*, los síntomas generales son mucho menos graves que en la forma precedente.

Sería interesante investigar en el mismo lugar, si tales accidentes observados en Chile, se encuentran bajo la dependencia de factores locales, variaciones de estación o corresponden a dos tipos distintos de *L. mactans*. En este país, como en la Argentina, esta especie es bastante variable, pero, en la forma más frecuente, el abdomen es en gran parte negro, zebado sobre sus flancos, de bandas rojas y blancas, con su mancha roja habitual en el vientre.

En la Argentina, el *L. mactans*, llamado en algunas regiones la *araña del lino*, ocasiona numerosos accidentes serios, pero raramente mortales. Los síntomas son idénticos a los de la primera forma observada en Chile: síntomas nerviosos y tóxicos graves, *sin reacción local apreciable*.

Experimentalmente los venenos argentinos, los venenos chilenos que he podido estudiar y aquellos que he recogido en el Chaco, no provocan ningún accidente local en los animales, al contrario de los venenos bolivianos, venezolanos y peruanos.

*
* * *

Estas variaciones regionales de las propiedades de un veneno, se encuentran en otros grupos de animales venenosos. He señalado ejemplos bien característicos entre las serpientes, entre otras en la serpiente de cascabel sud americana (*Crotalus terruficus*) y la lanceolada (*Bothrops atrox*).

En estos animales, las variaciones observadas son de orden filogénico, acompañadas de variaciones paralelas de diversos caracteres somáticos. Las especies morfológicamente más estables, no muestran diferencias sensibles en las propiedades de su veneno; es el caso, por ejemplo de la bushmaster (*Lachesis muta*).

Las variaciones del veneno del *Lactrodectus mactans*, presentan caracteres análogos a las de los venenos de las serpientes.

En el centro de su area de dispersión (zona central de la Cordillera de los Andes), el veneno de esta especie provoca a la vez accidentes neurotropos y tóxicos moderados (ausencia de casos mortales señalados en el hombre) y una fuerte reacción local, con edema voluminoso y escara (veneno peruano estudiado por Escomel).

Alejándose de esta zona, las propiedades necrosantes disminuyen y la acción neurotrópica y tóxica se acentúa. El veneno venezolano produce en el hombre y en el cobayo, síntomas generales más graves y sobre todo más prolongados que el veneno del Perú; su acción local es menos acentuada.

En Bolivia y en una parte de Chile, el veneno del *L. mactans*, posee todavía una cierta acción necrosante local, pero su acción neurotrópica y tóxica más acusada, lo tornan peligroso para el hombre.

Las diferencias se acentúan hacia los límites norte y sud de la zona de existencia de esta especie. En la Argentina como en Estados Unidos, la acción congestiva y necrosante local, desaparece completamente; las propiedades neurotrópicas y tóxicas se exaltan, de donde la gravedad habitual de accidentes en estas regiones, donde un cierto número de casos mortales han sido ya descritos.

El *L. mactans* es una especie polimorfa. El examen en el propio terreno de origen, de numerosas series, haríase necesario para determinar con más precisión las relaciones que puedan existir entre las variaciones de las propiedades del veneno y los otros caracteres de esta araña.

Parece que esta especie poseyendo un vasto territorio geográfico, las variaciones del veneno tengan tendencia a fijarse, para dar tipos regionales bien definidos, frente a la mayoría de sus caracteres morfológicos.

He llegado a una conclusión análoga estudiando los venenos de serpiente.

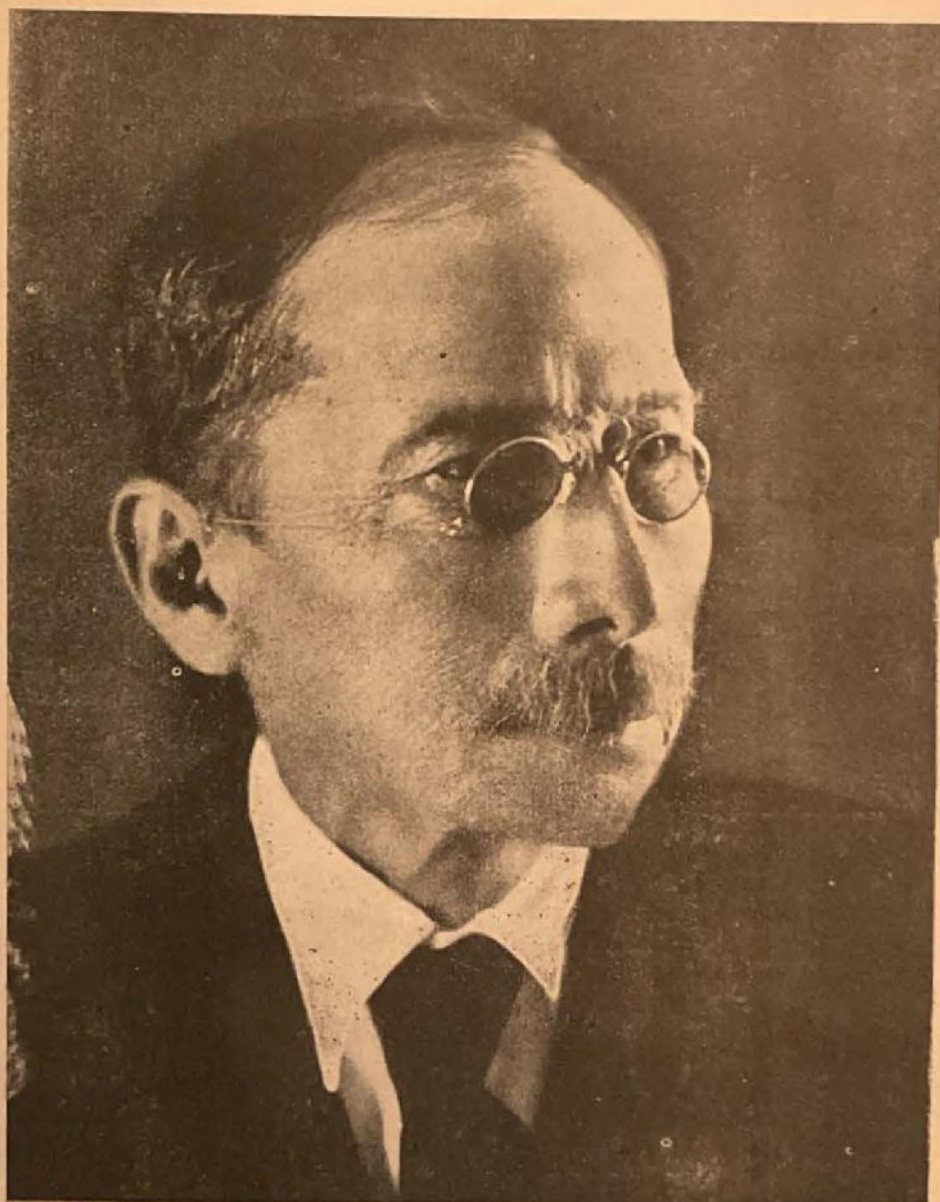
(Missions Vellard en Amérique du Sud).

LA PAGINA DEL DOCTOR JAIME MENDOZA

Hace poco tiempo, el 27 de enero del presente año, en medio del sentimiento general de la República, descendió al sepulcro, el ilustre ciudadano, médico eminente y escritor de alto relieve, doctor JAIME MENDOZA, socio activo del Instituto Médico «SUCRE» y Director, por varios años de esta Revista.

El Instituto Médico «SUCRE», se asoció desde el primer momento, a los múltiples homenajes tributados al ilustre extinto, por el Supremo Gobierno, la Universidad Boliviana, el Cuerpo Médico y los estudiantes.

Hoy, al enlutar las páginas de esta sección de la Revista, dedicada a la memoria de tan robusta mentalidad, publicamos dos de los discursos pronunciados en su sepelio, así como algunos de los múltiples artículos necrológicos, aparecidos en la prensa nacional y extranjera, como tributo de rendido homenaje al que fué uno de los más activos e inteligentes miembros de esta sociedad.



Dr. JAIME MENDOZA
Miembro del Instituto Médico "Sucre".
Fallecido en Sucre el 26 de enero de 1939.

Discurso del Dr. Clovis Urioste A., en representación del Instituto Médico "Sucre".

Señoras, señores:

El Instituto Médico Sucre está de duelo; ha fallecido el Dr. Jaime Mendoza, el más preclaro y activo de sus socios, el alma motora de la institución. De espíritu inquieto y laborioso no cesó de trabajar, se le vió hasta en el lecho del dolor vibrar imprimiendo su alma en cuartillas de papel. Hombre invicto, jamás derrotado, fué un valiente que nunca calló la verdad; prolífica fué su alma, múltiples sus producciones científicas, su talento visionario no tuvo rival. Fué una poderosa antena y una trasmisora de cerebraciones, que llegó a conmover, hasta los príncipes de la ciencia. Fué un erudito, fué un universal; vibró en las ciencias, en las letras y las artes y su alma diamantina de múltiples facetas, captada hasta en el Viejo Mundo, fué tallada, señores, para orgullo de la legendaria y culta Charcas. Fué Rector de la Universidad, Decano de la Facultad de Medicina. Presidente del Instituto Médico Sucre, perteneció a todas las instituciones culturales, sociales y científicas, y en todas ellas se destacó. Como ciudadano, fué Senador, Diputado; concurrió como médico a las campañas del Acre y el Chaco, fué un benemérito ciudadano, conocido y amado por todos.

El Instituto Médico le debe mucho de sus presti-

gios, organizó su biblioteca, alentó su revista con producciones que siempre se impusieron; fué un centinela alerta para difundir la profilaxia del medio social; se ocupó de la tuberculosis, llamando la atención de los poderes públicos sobre la difusión de este flajelo; los niños de las masas menesterosas fueron su eterna preocupación; fundó un pabellón para niños enfermos en el Hospital de Santa Bárbara y la muerte le sorprendió cuando activaba la fundación de un Preventorium para Niños Débiles. En sus libros cuyo número alcanza a más de una veintena, merecen citarse por su indole médica: «Apuntes de un Médico» y «El Trípode Psíquico», este último precioso ensayo sobre las relaciones entre el psiquismo y la morfología cerebral, mereciendo su reproducción y elogios en la «Revue Sud Americaine de Medicine et de Cirugie». Fué psicólogo, psiquiatra, historiador, sociólogo, novelista, profesor, artista, y poeta muchas veces laureado. Fué, señores, un hombre americano, un boliviano ilustre y una joya de la intelectualidad sucrense.

El Instituto Médico Sucre, comienza a extrañarlo; el vacío que deja es incolmable y la revista que él alentó, posiblemente callará por algún tiempo.

Y como ofrenda ¿qué podré ofreceros maestro?, una guirnalda tejida con vuestras bellas flores del filosófico poema de vuestra vida:

«La llama del cabo de vela parpadeaba cual ojo
(somnoliento
y a vuestro espíritu encargaba su testamento».

Voy a morir os dijo, por alumbrarte; voy a morir, contempla mi agonía. Vé como de la misma manera que he vivido alumbrando, ahora me extingo alumbrando también»...

Tú así, maestro, has alumbrado en vida, y tus luces deslumbrantes se infiltran eternas y mueres alumbrando también. Tu vida ha sido una luz y tu muerte otra luz, has dado tu espíritu hecho llama a los demás; has prodigado en lo bello, como el molusco en perlas; araste

en las almas, y en el surco abierto pusiste la simiente buena; fuiste humilde y aún alumbras, y como astro eres la luna. Amparaste a los niños creando un pabellón para los enfermitos, besaste sus cabecitas pobres e iluminaste la vivienda del proletario y fuiste para el vencido de la vida que muere sin que nadie le sostenga, el mascilento cirio de tu poema. Fuiste humilde siendo un potentado del espíritu. Alumbraste aún a los seres que te vieron con rencor, y, «a cada piedra que te asestaban, respondías con fulgores que caían como pétalos de estrellas sobre sus mismas frentes»; no conociste el odio, muchas veces perdonaste; gustaste, gran hombre, la exelsitud suprema, bebiendo en la propia mesa del Divino Maestro.

Honrado inmerecidamente por el Presidente y mis colegas distinguidos del Instituto Médico Sucre, deposito en su nombre y en el mío propio esta ofrenda póstuma al eminente maestro desaparecido.

Sucre, Enero 28 de 1939.



LAS GRANDES FIGURAS DE AMERICA

JAIME MENDOZA

**Con su muerte pierde Bolivia al más insigne
de sus humanistas**

A fines de enero del presente año, murió en la Capital de la República de Bolivia, el prestigioso escritor pacifista Jaime Mendoza. El entierro de los restos del médico poeta, fué un imponente homenaje al talento, a la valentía y a otros merecimientos de este ilustre hombre de ciencia. A las tribunas periodísticas, oratorias, académicas, artísticas, levantadas para la apoteosis del escritor prece dió ésta muy simbólica por cierto: La ciudad de Sucre, se encuentra situada al pie de dos majestuosas montañas de expresivos nombres: «Churuquilla» y «Sicasica». En la cumbre de la segunda, se encendió la Lumbre Votiva, en recuerdo de Jaime Mendoza, la misma noche en que los restos de este Maestro, reposaban en un severo y hermoso catafalco, levantado en el salón principal de la histórica Universidad de Charcas. Durante el sepelio de los restos del famoso novelista boliviano, treinta oradores dejaron oír sus oraciones fúnebres, sobresaliendo, entre todas, la del Dr. Carlos Morales y Ugarte, representante de la Facultad de Medicina de Sucre, que nos honramos en reproducir.

Algunos datos biográficos de Jaime Mendoza

Jaime Mendoza, nació en Sucre, la Capital de Bolivia, en el año 1874, siendo su hogar el de una familia española de noble prosapia.

Hijo de un culto abogado y poeta, don José María Mendoza, la influencia artística del ambiente familiar y las inclinaciones temperamentales hereditarias, hicieron de él un precoz poeta. «A los nueve años ya hacía versos. Versos ¡claro!, despampanantes por su audacia descomunal. Diríase versos futuristas». Pasado algún tiempo, Jaime Mendoza, obtenía sucesivos galardones y triunfos de efectivo mérito, con diferentes producciones poéticas.

Mendoza, autor de numerosas novelas, libros, folletos, estudios y ensayos histórico-geográficos, científicos, pedagógicos, viales, es el infatigable y valiente trabajador que, desde hace más de cuarenta años, sirve y honra a su patria, en diversos campos de acción.

Consagrado por las falanges universitarias de Bolivia, como el más preclaro y auténtico Maestro de la Juventud.

Apellidado por el profesor francés Labrouquère de: «Apóstol Caminero», galardón al ardor y la maestría con que preconiza admirables tesis de vialidad.

Admirado a través de sus infinitas producciones científicas, literarias y artísticas, por celebridades de renombre mundial y por los mejores valores de su propio país.

Jaime Mendoza, que ayer no más renunciara una banca parlamentaria, en plena sesión de Congreso, prefiriendo al sillón senatorial, el humilde poyo, vecino de un viejo estanque y de añosos sauces, moradores de su casa señorial; que ayer no más, habiendo perdido a una de sus jóvenes hijas en circunstancias las más crueles, refugiaba todo su dolor en una intensísima y productiva labor intelectual, la muerte le sorprendió preparando libros en medio de dolorosa enfermedad. Es que su recia contextura que aúna a las fuerzas intelectuales, las fuerzas morales, agigantadas, en tales trances, se sobrepone a la misma debilidad física.

Jaime Mendoza, de quien se dijo en Bolivia, más de una vez, que es el único escritor que habla la verdad, era un Símbolo. El Símbolo vivo y austero, del Trabajo, de la Valentía, de la Honradez, del Sacrificio.

**Vibrante improvisación del representante de la
Facultad de Medicina, doctor Carlos Morales y Ugarte.
Reconstrucción de las palabras del distinguido
y valiente profesor.**

Este Gran Muerto, señores, este titán, este coloso, es una cátedra, es una lección, es una tribuna, es una enseñanza, es un ejemplo, es una requisitoria, es una admonición y es un grito de combate.

Para despedirte, Maestro, no he traído las artificiales flores de la simulación y la hipocresía, que en ocasión de las ceremonias fúnebres se saca a relucir. Mi sentimiento es profundo y mi lealtad hacia ti nunca desmentida, ya que cuando tú vivías siempre me tocó librar las más esforzadas batallas para defender tu vida y tus obras. Por uno de esos fenómenos contradictorios, en tu tierra pasaste como un inmenso incomprendido, y cuando tu nombre tenía prestigio y renombre mundial, sólo en Sucre eras todavía discutido.

Frente a tu cadáver no caben las frases convencionales con que se despide a la generalidad de los muertos. A ti hay que despedirte diciendo claro y fuerte cuatro verdades, desde esta tribuna de la Universidad, único lugar que queda para la expresión del pensamiento libre. Ahorrada la prensa, acallada la palabra independiente, no queda más que esta tribuna para decir con entera libertad lo que piensan los espíritus rebeldes. A esto llaman Patria Renovada los forjadores de la Bolivia Nueva. ¡Bolivia Nueva donde no hay la libertad de opinar, ni de sentir, ni de expresar, ni de escribir!

No te comprendieron y pasaste como algo raro y combatido. Los médicos no te perdonaron que no fueras sólo médico. ¡Un médico poeta, un médico soñador, un médico visionario!

Concurriste a la más esforzada campaña que ha tenido Bolivia, en los confines de la Patria, en las alejadas regiones del Noroeste. Contribuiste con tu vida y con

tu esfuerzo. Cuando regresaste no te acogiste a ninguna asociación de *ex*; no fuiste *ex nada*. Cumpliste simple y llanamente tu deber.

Tampoco te sindicalizaste como trabajador, tú que has sido formidable obrero de la cultura boliviana y uno de los más intensos forjadores del pensamiento nacional.

Ahora que se habla de socialismo, socialismo *à système*, socialismo *dernier cri*, socialismo *à outrance*, socialismo *pour épater le bourgeois*, pienso en lo que tú hiciste en favor del socialismo boliviano. Nó, señores, el socialismo no se lo incuba en el gobierno ni se lo impone bajo las fruiciones del poder. El socialismo requiere combate, lucha de clases, jornadas rojas en las barricadas callejeras. Quien sostenga lo contrario, o es un grandísimo bellaco o un redomado vividor.

Y tu obra *En las tierras del Potosí* es el alegato más formidable a favor del socialismo boliviano. Penetra en la vida ruda, en la entraña dolorosa y palpitante de la existencia del minero. Cuando aquel Martín Martínez parte de esta ciudad—de Sucre tenía que ser—a las regiones de las minas de Llallagua, verifica el más hondo análisis del más pavoroso problema del socialismo boliviano, la mísera vida del minero.

Yo pregunto aquí, públicamente, a muchísimos socialistas de última hora, ¿cuántos han leído ese estupendo libro que se llama *En las tierras del Potosí*?

Fuiste raro, superior, extraordinario, personal, inconfundible, fuiste Macizo Andino, y un día te colgaron el mote de Loco. ¡Divino Loco, creador de quimeras y poemas! ¡Fuiste tres veces Loco, Loco en el nombre del Padre, Loco en el nombre del Hijo, Loco en el nombre del Espíritu Santo! Sublime y divino Loco que nos enseñaste que en la vida hay que pensar con valor, hay que sentir sin vacilación y hay que escribir sin cobardía. Porque eras loco te debemos las mejores lecciones de valor civil, a ti que nunca te vimos callar ni dejar de decir con valentía la expresión cabal y sincera de tu pensamiento.

Por tu extraordinaria actividad y las múltiples facetas de tu espíritu, por el sello propio de tu personali.

dad y porque todo entero eras de una contextura mental y espiritual original y propia de ti solo, tenías el más perfecto derecho, el mayor y el mejor derecho, para ser aquello que tanto te criticaban: YÓ Eras auténtico Yo; eras Gran Señor de ese Yo. Por eso yo, transido de dolor y de emoción, yo que hablo independientemente y expreso con entera libertad lo que emana de mi pensamiento, yo, repito, me inclino reverente ante ese tu gran Yo que se sumerge en el silencio de la tumba.

Porque siento intensamente tu partida es que quiero vengar públicamente el ultraje que recibiste en esta ciudad, en aquella tarde de julio de 1932, en el cuartel de San Francisco, cuando un soldado, un gendarme, (1) te sacó violentamente del recinto, a ti que eras Benemérito del Acre en grado eminente. Ahora yo pregunto: menguado coronel, *¿quién ha ingresado victoriosamente en los dominios de la Inmortalidad?*

La Facultad de Medicina te despide, a ti que pasaste por sus aulas como catedrático. Quizás no pudiste dejar la pujanza de tu cerebro ni los viriles arrebatos de tus garras. Pero pidamos que los alumnos te imiten, en el culto de la verdad, en la valentía para acusar, en el ardor para combatir y que tu espíritu forme una *juventud estudiosa, rebelde e indoblegable*.

(1)—El orador se refiere al suceso siguiente: eran los días del más enorme ardor bélico, los días de la locura colectiva. Los contados pacifistas bolivianos, ocultaban medrosamente sus pensamientos y sus sentimientos. En aquella tarde de julio de 1932, se reunieron en asamblea patriótica, los elementos más salientes de la Capital de la República. El cuartel histórico, parecía inyectar grandes dosis de pólvora en aquellos pechos inflamados de «civismo». Y, allí, sólo Jaime Mendoza, fué la nota discordante: la nota que vibraba solitaria y vehemente, aferrándose con singular energía a los postulados pacifistas. ¿Sentimentalismo del gran poeta?... ¡No! Profundo conoci-

miento de nuestra situación; cordura máxima; austeridad limpia; verdad valiente. No podía tolerar estos brotes, un Comandante como el señor Carlos Peredo (ya bastante conocido por sus afanes despóticos y patrioterros). Fué por eso, que «instruyó convenientemente» a uno de los suyos, para que arrojara de ese recinto al «derrotista»..... El oficial «instruido» por su superior, se aproximó a Mendoza, y, con mucha cortesía, con la misma que quizá, hubo de exasperar al «instructor», se prestó a acompañar a su casa, al hombre de ciencia que estaba divertidísimo, habiendo penetrado hasta las reconditeces de aquel pequeño «melodrama». El sargento-comandante, apellidado Peredo, sacó, pues violentamente, con su «orden», al escritor pacifista Jaime Mendoza, de aquel salón de cuartel.

Cabe agregar que, la noche de aquel mismo día, en una reunión «selecta» patriótico-social, un troglodita «caballero», cuyo nombre se ignora, dijo que lo único que cabía, era hacer fusilar a Jaime Mendoza, por sus ideas «derrotistas»

(Notas agregadas por Martha Mendoza).

De la revista «MENTOR», de Montevideo.—Número 4.—Mayo de 1939.



MENDOZA, EL MEDICO

Entre los muchos recuerdos que se han dedicado a la memoria de Jaime Mendoza, se ha olvidado diseñar una fase de su fatigada existencia. Mendoza fué ante todo un médico. Nadie como él estudió el dolor ajeno. Convivió íntimamente con todas las clases sociales; penetró en todos los hogares. Fué el intérprete de la vida real, el observador de la miseria popular. Por eso, «En las tierras del Potosí» es su obra maestra,

Fué un abnegado médico, un apóstol. Se internó en los tugurios; visitó las bocaminas; trajinó el rancho y vivienda del humilde. Sembró por todas partes el consuelo y la esperanza. Fué un verdadero abogado de los pobres. De lado del enfermo se retiraba al escritorio, para dirigirse, en literatura angustiosa, al gobierno, al patrón, a las autoridades sanitarias, pidiendo pan para el hambriento, vivienda aceptable para el vagabundo, salud para el enfermo abatido. Fué un médico!

En pocas epidemias faltó su palabra de consejo. Directa o indirectamente se constituía en parte interesada principal; prevenía contagios, instruía al pueblo, combatía las causas. Su penúltimo libro «Apuntes de un médico» condensa su obra de higienista. Se consagró autoridad en psiquiatría. Dominaba las cuestiones de epidemiología. Conocía la última palabra de la lucha antipalúdica; sabía como pocos de una campaña antituberculosa. Sus últimos escritos médicos fueron clamorosas solicitudes de auxilio para la ciudad blanca, que se estaba tuberculizando!.....

La Revista del Instituto Médico de Sucre, fué la principal tribuna de su labor médico-literaria. Escribió mucho; aconsejó más. La literatura médica nacional debe a Mendoza la mejor contribución; en calidad y cantidad. No

ha habido escritor médico más difundido en el país. Tocaba todos los puntos con igual maestría; con amenidad y certeza. Era un higienista de desconcertante cultura.

Protestó por el abandono del niño; se constituyó en su más decidido protector. En el Hospital «Santa Bárbara» de Sucre queda el fruto de sus desvelos, un pabellón de niños, que desde hoy será el mejor monumento a su sacerdocio médico.

Pero, sus escritos no impresionaban a nadie. Su voz se perdía en la indiferencia. Fué el incomprendido; el «loco»! Es que los médicos de Bolivia siguen siendo los parias de la sociedad; vulgares curanderos o explotadores sin conciencia; con muchos deberes para con el enfermo, pero con ninguno de la sociedad para con él. No se ha dicho lo bastante, cual es su misión social; que detrás de un enfermo hay un hombre, y detrás de cada epidemia un pueblo; que el hombre, como el pueblo, necesitan algo más que una buena curación; una vivienda más barata y sana, mejor alimentación, más trabajo. Y, Mendoza hablaba en sus escritos del hombre y del pueblo, antes que de los enfermos. Por eso fué un ser extraño al medio.

Diagnosticaba como médico y sociólogo. Sabía de las epidemias infecto-contagiosas y de las epidemias morales. Quiso ser un médico del pueblo; buscar su salud, para mejorar su condición social. Conocía la vida humana individual y colectiva. Obraba de acuerdo con la historia y con la biología.

Pretendía transformar las costumbres inveteradas; modificar los medios de subsistencia; dictar nuevas leyes. Como médico quería ser el inspirador de las leyes sociales. Informar al político, al parlamentario, de las condiciones en que vive y debe vivir un pueblo; pregonar la gastada «solidaridad humana», la cuestión social el futuro de los pueblos y de la raza.

Quería que los progresos de la ciencia médica fueran paralelos a los de esa solidaridad humana; por eso luchaba contra la miseria, el sufrimiento y la desigualdad. Contra la desigualdad social, que, por significar desigual-

dad biológica, debilita la nacionalidad. Fué un médico socialista de verdad; el socialista se cifraba la felicidad de los pueblos en el bienestar del hombre. La política de economía humana primaba en su espíritu sobre la política del capital. La higiene social debía ser, según él, el verdadero instrumento de la liberación humana, de la ansiada solidaridad colectiva. Mendoza fué uno de los precursores convencidos del socialismo en Bolivia.

Pudo ser un gran legislador socialista. La juventud universitaria de Chuquisaca descubrió esa aptitud en aquel hombre de ciencia, y le señaló una banca en el Senado. Rígido, adusto, honrado; fué un Senador patriota. Jamás comulgó con los convencionalismos de la política criolla, y, extraño a los trámites interminables, a la pesada atmósfera de nuestra vida parlamentaria, se retiró de su banca, pronunciando aquellas patéticas palabras: «prefiero a este muelle sillón en el que las mejores iniciativas se esterilizan, el trabajo rudo, sobre la rústica piedra a la sombra de un árbol y a la vera de un arroyo»...

Más tarde, algún sector importante de la opinión nacional indicó su nombre para la candidatura presidencial. Con la misma arrogancia, la despreció... Mal podía ser presidente de la república un «loco»...

Dr. Juan Ml. BALCAZAR

De «El Diario» de La Paz.



El Dr. Jaime Mendoza, ha muerto

Acaba de morir en la ciudad de Sucre (Bolivia), un anciano ilustre, poseedor de uno de los espíritus más ágiles, generosos y humanísticos de nuestro continente,

Director del Instituto Médico Sucre, el Dr. Mendoza, había alcanzado en su fecunda vida todas las etapas que honran a quien ha sabido ganarlas y a quien ha sabido vivirlas dignamente: desde la Cátedra científica hasta el Premio Literato. Era en la Medicina americana una de las figuras más respetables. Tras de él queda una numerosa y selecta bibliografía.

De muchos de sus libros nos hemos ocupado en estas columnas; así por ejemplo: EL CHACO EN LOS ALBORES DE LA CONQUISTA, APUNTES DE UN MEDICO, EL MACIZO BOLIVIANO, etc. Con uno de ellos ganó el Dr. Mendoza el «Premio Roma» en 1935. Aparte de éstas, varias otras obras hay que dieron a su autor un merecido renombre, en su patria y fuera de ella: PAGINAS BARBARAS, EL LAGO ENCANTADO, etc.

Representó el Dr. Mendoza ese ejemplar selecto del hombre culto y emprendedor modelado espiritualmente a fines del siglo pasado, pero atento y capacitado para aprender todo lo novedoso en técnica, ciencia, literatura y sociología aportó nuestro siglo.

Los médicos chilenos que tuvimos la suerte de cultivar su amistad intelectual, lamentamos su muerte como un duelo propio y hacemos llegar a la Medicina boliviana nuestra expresión de muy sincero pesar.

Dr. Jun Marín.

«Boletín Médico» Valparaíso, Chile.

JAIME MENDOZA

Ayer, en su apacible Chuquisaca, a la sombra de los viejos árboles y de la tranquilidad de su tierra natal, ha dejado de existir el gran escritor y poeta boliviano don Jaime Mendoza. Se trata de un hombre que, en vida, fué firme como una roca, sabio como un monje de la Edad Media, valiente como un soldado de Lenín y tan sensitivo como Musset. Mendoza llenó la gloria de Bolivia con su propia gloria y acrecentó su prestigio con su propio prestigio. Fué uno de esos varones que se integran con el sentido de la nacionalidad, con el poder del arte, con el vigor de la política y con la inquietud del porvenir. Felizmente nos deja la sangre de su espíritu en numerosas obras de indiscutible valor.

Como ejemplo para todos nosotros, entra en la muerte con paso firme y con la frente limpia. No se ensució las manos ni amenguó su espíritu. Fué para los bolivianos el más grande maestro de la verdad desnuda. Y por eso le lloramos inconsolablemente...

P. D. M.

De «El País» de Cochabamba.

JAIME MENDOZA

Noticias procedentes de Sucre informan el fallecimiento de Don Jaime Mendoza. Con él ha desaparecido una de las más altas cumbres de los intelectuales bolivianos de todos los tiempos. Hombre excepcional dentro su medio, Jaime Mendoza fué una síntesis de cultura, inteligencia visionaria y sobre todo moral austera, en su vida privada y en sus actuaciones públicas.

Intelectual de alto vuelo apasionado por los problemas de su tierra, no sólo se redujo a la especulación teórica de gabinete; su espíritu inquieto paseó en el terreno de las realidades todos los confines del solar patrio.

Como antípoda de tantos valores tradicionales, contemporáneos en la edad, pero infinitamente distantes en el plano de las grandes concepciones nacionalistas e ideales superiores en los años de la guerra, el gran boliviano que fué Jaime Mendoza, atravesó el Chaco incendiado, más agobiado por el dolor de ver su pueblo en ruinas morales y materiales, que por sus años. Porque hasta el fin, el egregio Patricio sucrense, fué siempre joven, eternamente insurgente contra la debacle moral de su tierra y sus desgracias.

Jaime Mendoza, incomprendido en su tiempo, será en el futuro una figura tanto o más grande que Gabriel René Moreno. Constituirá un símbolo de lo que pudo y no quiso ser su generación.

De «La Razón» de La Paz.



CRONICA

Nueva Directiva

En cumplimiento de disposiciones sociales, fué elegida la mesa directiva del Instituto, con el siguiente personal:

Presidente:	Dr. Manuel Cuéllar (reelecto).
Vice-presidente:	« Aniceto Solares.
Secretario:	« Julio C. Fortún.
Tesorero:	« Wálter Villafani.
Vocales:	« Leónidas Tardío y Clovis Urioste A.

Las jefaturas de las distintas reparticiones y laboratorios de la institución han sido encomendados a los socios, que estuvieron a cargo de los mismos en la gestión precedente.

El Comité de redacción de la revista ha sido constituido con los doctores Aniceto Solares, Julio C. Fortún, Medardo Navarro y José Aguirre.

Nuevos socios.

Quedaron incorporados en condición de socios de número, después de cumplidos con todos los requisitos reglamentarios, los Drs. Enrique St. Loup B. y José Aguirre, con cuya eficiente colaboración cuenta desde ahora la sociedad.

Del mismo modo han sido presentados los doctores Miguel Levy, Lucio Montero, Arturo B. Carrasco, Carlos

Morales y U. y Fernando Harriague, cuya incorporación se tramita, de acuerdo a las formalidades establecidas por los estatutos de la sociedad.

Facultad de Ciencias Médicas.

Merced al fuerte impulso que ha tomado esta importantísima repartición universitaria, desde hace varios meses, cuenta con un nuevo edificio propio, en el que con holgura y comodidad suficientes, ha instalado todas sus dependencias, gabinetes, biblioteca y laboratorios.

Dentro de este programa de mejoramiento y superación de las posibilidades docentes, la Universidad ha contratando los servicios de varios profesionales extranjeros, especializados en distintas asignaturas.

Cuenta en la actualidad con los doctores Franz Wenger, para Anatomía Patológica, Herman Hirsch, para Ginecología, Leopoldo Urich, para Endocrinopatología y Dietética y Otto Klieneberger para Psiquiatría-neuropatología, todos provenientes de universidades extranjeras, con hojas de servicios docentes, perfectamente acreditadas y suficientemente conocidas. Han sido contratados sus servicios, para dedicarse única y exclusivamente a la enseñanza. Es laudable la actitud de las autoridades universitarias, que con esta medida, han dado un fuerte impulso más a la Facultad.

Estamos en conocimiento que se ultiman las gestiones para la contratación de nuevos profesores para Física, Radiología, Químicas y Fisiología experimental.

Freconomio.

Tanto las autoridades sanitarias, como las administrativas han acordado la traslación del open door de la zona W- de la ciudad a otro sitio que reúna mejores condiciones para la instalación de un moderno frenocomio. Las zonas elegidas para este objetivo se encuentran comprendidas en el sector oriental de la ciudad, siendo muy po-

sible que a la postre se elija la propiedad llamada Garcilazo, cuya expropiación—por necesidades de utilidad pública—se gestiona por la vía legal.

Nuevos profesionales.

La Facultad de Ciencias Médicas ha otorgado posesión a los siguientes profesionales:

- Médicos Cirujanos:** Juan Sandi C.—La autopsia (su importancia en Anatomía Patológica).
Saturnino Sandi C.—Mortalidad infantil y protección a la primera infancia.
José Antonio Brown.—Sexo y Psiquis.
Francisco Ampuero.—Glaucoma.
Víctor Ortega Ch.—La peste bubónica en el Departamento de Tarija (Provincia O' Connor) y Profilaxis Antipestosa (Desratización).
Luis Gamarra G.—Vitaminas.—Su importancia.
Eduardo Mendizábal.—Las Várices.—Su tratamiento esclerosante.
J. Alberto Martínez.—Delincuencia psicomorbose.
Nicanor Zamora A.—Influencia de la lues en la gran esplenomegalia palúdica.
Agustín Benavides C.—Diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino.—Contribución a la lucha anticancerosa en Bolivia.
Armando Careaga P.—Estudio clínico y terapéutico de la colibacilosis.
Benedicto Gutiérrez.—Placenta previa.
Pedro Mostajo L.—Osteosíntesis y sus indicaciones.
Luis Pereira T.—Concepto actual del cáncer.

Carlos Zamora B.—Algunas consideraciones sobre la anestesia.

Alfredo Vargas O.—Algunos fundamentos y doctrinas de la herencia biológica.

Juan A. Moscoso A.—Algunos fundamentos de la profilaxis.

Farmaceúticas:

Rebeca Careaga.—Formas farmaceúticas (polvos) y variabilidad medicamentosa.

Carmen L. Lord.—Modificadores de las secreciones bronquiales.

Amalia Quezada T.—Evolución Farmacéutica.—Posología e incompatibilidades.

Matronas:

María Arias de Stromann.

Reciban todos ellos nuestra cálida felicitación.

Biblioteca.

El incremento que ha tomado esta repartición ha obligado a ampliar las instalaciones destinadas para este objeto, dando más holgura a todas sus secciones.

Ha sido enriquecida en el curso de este año con valiosas adquisiciones nuevas y donaciones. Nuestro Presidente, el Dr. Manuel Cuéllar, ha hecho un obsequio de un lote de libros. Del mismo modo se ha recibido un ejemplar del libro «Lecciones de Fisiopatología Endocrina» del profesor Juan Catrecasas, de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Agradecemos vivamente ambos envíos, reservándonos el comentario de este último.

Laboratorio de Bacteriología.

Con el traslado de la Facultad de Medicina a su local propio, el Instituto ha acordado ampliar y perfeccionar su laboratorio de Bacteriología, que actualmente se encuentra prestado a la Escuela de Medicina, habiéndose formulado el voto de agrandar su capacidad diagnóstica, docente y de producción de elementos biológicos, de diver-

sa índole. Dividido en varias secciones, el laboratorio será destinado en una de ellas, a la elaboración de la B. C. G., tarea que debe encomendarse a un profesional extranjero, especializado en este género de estudios. En la actualidad se considera el asunto del contrato de mención, hecho que ha tenido que retardarse forzosamente, en atención a las dificultades ocasionadas por el actual conflicto europeo. Merced a la eficaz colaboración de nuestro cónsul en Hamburgo, el Dr. Daniel Bilbao Rioja, se ha conseguido la aceptación del profesor Wolf Eisner, discípulo del Dr. Calmette.

Congreso Médico.

Estamos informados que en la ciudad de La Paz, a fines del mes de diciembre del presente año, debe realizarse probablemente un Congreso Médico, cuyo temario ha sido puesto en conocimiento del cuerpo médico nacional, con la oportunidad que era de esperarse. Es esta la razón y la la naturaleza del tema asignado al cuerpo médico de esta ciudad, que no puede ser suficientemente estudiado en tan corto espacio de tiempo para que él excuse su concurrencia, apuntando, en un documento que ha sido puesto en consideración del Comité Ejecutivo, las imperiosas razones que le han obligado a tomar esta determinación.

Nuestra sociedad no ha recibido tampoco invitación alguna, lamentando este descuido de parte del Comité Organizador. Ignoramos el programa de los motivos a tratarse en ese Congreso.

Nota de Redacción.

Pedimos disculpas muy rendidas a nuestros colaboradores y a nuestros lectores, por la tardanza en la aparición del presente número de nuestra revista. Las dificultades con que se han tropezado en las editoriales de la localidad, nos han privado de nuestro deseo de darlo a la luz pública, en su debida oportunidad.

Rogamos, pues, a ellos, ser indulgentes en este involuntario retardo.

REVISTA

DEL

INSTITUTO MEDICO "SUCRE"

Director: Dr. José Aguirre Torres

SUMARIO

	PAG.
A manera de prólogo.—Dr. José Aguirre T.	1
Memoria del Presidente del Instituto Médico «Sucre».—Dr. Manuel Cuéllar	5
Algunas consideraciones acerca de Higiene Pública local.—Dr. José Aguirre T.	11
Dos casos de peritonitis pneumocócica.—Dr. Enrique St. Loup B.	23
La hormonoterapia en ginecología.—Dr. Hermann Hirsch	35
Higiene Militar.—Dr. Medardo Navarro	51
Resumen de las autopsias del año 1939.—Dr. Franz Wenger	61
Revista de Revistas	69
El Dr. Louis Dartigues.—Dr. Manuel Cuéllar	79
Crónica	81